

NO.	Obstetrics and Gynecology Questionnaire /産婦人科 問診票		Please circle if any of the following apply to you. Pregnant/妊娠中・Breast-feeding/授乳中 Height/身長 _____ cm 体重/Body Weight _____ kg
Name of Patient 名前		<input type="checkbox"/> Female/女性 Age _____ years old <input type="checkbox"/> Male/男性 年齢 _____ 才	Have you had a fever within 10 days? /10日以内に発熱はありましたか? <input type="checkbox"/> No/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい
Date of Birth 生年月日 Year/年 Month/月 Day/日		Occupation 職業: Operation 作業・Office work 事務・Unemployed 無職・Student 学生・Others 他()	Body temperature 本日の体温: _____ °C

I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。

What is the reason(s) for visiting OBSTETRICS and GYNECOLOGY today? (Check all that apply.)/本日、産婦人科にかかりたい理由はありますか。

- Pregnancy/妊娠
- Menstrual disorder/月経異常
- Menstrual pain/月経痛
- Vaginal discharge/おりもの
- Itchiness/かゆみ
- Have pain/痛みがある
- Pain when urinating/排尿時痛
- Difficulty urinating/尿がでにくい
- Hematuria (blood in urine)/尿に血が混じる
- Pyuria (pus in urine)/尿に膿が混じる
- Perineum rash/会陰部にできもの
- Redness and swelling/赤く腫れている
- Abnormal vaginal bleeding/不正出血
- Urinary incontinence/尿失禁
- Fecal incontinence/便失禁
- Uterine prolapse/子宮脱
- Consultation on fertility treatment/不妊の相談
- Vomiting/嘔吐
- Nausea/嘔気
- Cancer screening/がん健診
- I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関から受診するように勧められた (健診含)
- Other(s)/その他:

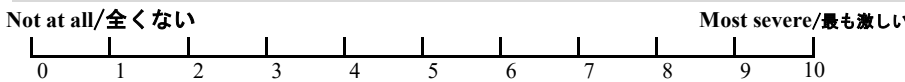
When did the symptom start? /この症状はいつからありますか。

Year/年 Month/月 Day/日 From about _____ : _____ am/pm /ごろから

Do you have any pain? /体のどこかに痛みはありますか? Circle the area where you are experiencing

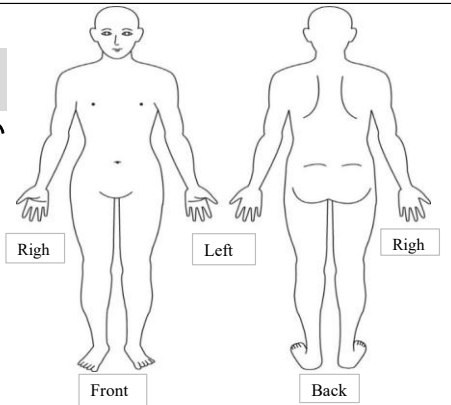
No/いいえ Yes/はい

If you describe the pain on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below. /痛みの程度を数字で表すと、どのぐらいですか?



- Types of pain どのような
- Throbbing ズキズキ
 - Dull ブーン
 - Heavy 重たい
 - sting ピリピリ
 - Pricking チクチク
 - Shooting 電気が走る
 - Other その他()

- Frequency いつ
- Always いつも
 - When you move 動くと
 - When you touch 触ると
 - Sometimes 時々
 - Can't sleep with 痛みで眠れない
 - Other その他()



Does the pain disturb your daily life? / 日常生活に支障が No/ない Yes/ある

Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past? /現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか?

- None なし
- Myocardia infarction 心筋梗塞
- Angina pectoris 狭心症
- Arrythmia 不整脈
- Hypertension 高血圧
- Diabetes mellitus 糖尿病
- Asthma 喘息
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease 慢性閉塞性肺疾患
- Gastric duodenal ulcer 胃十二指腸潰瘍
- Brain infarction 脳梗塞
- Dyslipidemia 脂質異常
- Prostatic hypertrophy 前立腺肥大
- Cancer 癌 ()
- Glaucoma 緑内障
- Liver disease 肝臓疾患 ()
- Kidney disease 腎臓疾患 ()
- Other その他 ()

Have you ever had surgery before? /手術歴はありますか?

No/いいえ Yes/はい If you checked "Yes", write the history of your surgery. / 「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

Disease names /疾患名	Name of your surgery /手術名	When you had the surgery /手術をした時期	Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

Continued on Next Page

お薬 Are you currently on any medication? /現在、飲んでる薬はありますか？

No/いいえ Yes/はい

***If you answer "YES", show us your medication or a medicine pocketbook.
/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。**

	Name of medications /お薬の名前	What is your condition for prescribing? /処方理由・症状	*For staff 必要時職員用備考欄
①		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
②		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
③		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
④		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
⑤		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
⑥		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	

アレルギー Allergies /アレルギーの有無 No/ない Yes/ある Food(s)/食べ物: Medicine/薬: Others/その他:
Allergic Reactions/ 症状 ()

ペースメーカー Do you have an implanted pacemaker? /ペースメーカーを埋め込んでいますか？

No無 Yes有 IF yes, do you have a pacemaker handbook/ ID card? No無 Yes有 at home 自宅にある
ある場合は、ペースメーカー手帳またはID cardをお持ちですか？

たばこ Do you smoke regularly? /習慣的に、たばこを吸いますか。

No/いいえ Quit/やめた Yes/吸っている (cigarettes/day日 × years年間)

お酒 Do you drink regularly? /習慣的にお酒を飲みますか。 Please circle if any of the following apply to you.

No/いいえ Yes/はい (Beer/ビール Japanese sake/日本酒 Wine/ワイン Whisky/ウイスキー Other(s)/その他
*drink everyday/毎日飲む *drink times回/week週 ml/time回

宗教 Do you have religion? /宗教はありますか？

No/いいえ Yes/はい ()

転倒の危険度 Risk for falls/ 転倒の危険度

	Have you ever fallen within 3 months? /3ヶ月以内に転んだことはありますか？	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい
	Do you have orthoses on your feet? /足に装具をつけていますか？	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい
Risk of Falls 転倒の危険度	Do you use a cane or walker? /杖や歩行器を使っていますか？	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい(Cane杖・Walker歩行器)
	Do you use a wheelchair? /車椅子を使っていますか？	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい(Cane杖・Walker歩行器)
	Do you feel dizziness? /ふらつきはありますか？	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい
	Did you take eye drops to widen your pupil in eye exam today? /本日眼科検査で瞳を広げる目薬をしましたか？	<input type="checkbox"/> NOいいえ <input type="checkbox"/> Yesはい

Continued on Next Page

I'd like to ask you about your menstrual periods./月経についてお伺いします。

How old were you when you first started menstruating?
月経が始まったのはいつですか? First menstruation初潮: years old/歳

How old were you when you had last period?
月経が終わったのはいつですか? Menopause閉経: years old/歳

How many days is your menstrual cycle?
/月経周期は何日ですか? Day-menstrual cycle/日型 Irregular/不定期で不順

How is your pain during your periods?
/月経痛はどうですか? No /なし Bearable /我慢できる Taking painkiller /痛止め使用 Be sick in bed /寝込んでしまう

***If you take painkillers, please write the name of the medication.** Name of medication:
薬剤名:

When was your last period?
/最終月経はいつですか? Year/年 Month/月 Day/日

Are you keeping a record of basal body temperature? /基礎体温はつけていますか。

No/いいえ Yes/はい

Have you ever had sexual intercourse?/今までに性交渉の経験がありますか。

No/いいえ Yes/はい

***Have you had sexual intercourse within one month? /1ヶ月以内に性交渉はありますか?**

No/いいえ Yes/はい

Are you married?/結婚はしていますか。

No/いいえ Yes/はい

Married age/結婚年齢 years old/歳

Your husband's current age/夫の現在の年齢 years old/歳

Bereavement/死別 years old/歳

I'd like to ask you about past pregnancies. If you had Maternal and Child Health Handbook(s) for your past pregnancies, please be prepared to present them. /妊娠歴についてお伺いします※過去の妊娠の時の母子手帳をお持ちの方は母子手帳を用意してください。

Have no history of pregnancy /妊娠したことがない

Have a history of pregnancy /妊娠したことがある

***If you checked "I had a pregnancy", write your pregnancy history below. /「妊娠したことがある」に☑された方は下の妊娠歴をお書きください。**

Number of Pregnancy: times /回

Number of delivery: times /回

Number of miscarriage: times /回

Number of abortion: times /回

***Please include current pregnancy./ (注)現在の妊娠も含みます。**

	Year/Month/Day /年月日	Delivery/分娩	Had abnormal pregnancy or not /異常妊娠の有無	Weeks of pregnancy /週数	Birth Weight /出生体重	Name of facility or place to deliver your baby 分娩した施設
First baby /1人目	__Year/ __Month/ __Day /年 /月 /日	<input type="checkbox"/> Vaginal delivery/経陰分娩 <input type="checkbox"/> Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> Yes/あり <input type="checkbox"/> No/なし	__Weeks /週	__g	<input type="checkbox"/> This hospital(当院) <input type="checkbox"/> Other ()
Second baby /2人目	__Year/ __Month/ __Day /年 /月 /日	<input type="checkbox"/> Vaginal delivery/経陰分娩 <input type="checkbox"/> Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> Yes/あり <input type="checkbox"/> No/なし	__Weeks /週	__g	<input type="checkbox"/> This hospital(当院) <input type="checkbox"/> Other ()
Third baby /3人目	__Year/ __Month/ __Day /年 /月 /日	<input type="checkbox"/> Vaginal delivery/経陰分娩 <input type="checkbox"/> Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> Yes/あり <input type="checkbox"/> No/なし	__Weeks /週	__g	<input type="checkbox"/> This hospital(当院) <input type="checkbox"/> Other ()
Fourth baby /4人目	__Year/ __Month/ __Day /年 /月 /日	<input type="checkbox"/> Vaginal delivery/経陰分娩 <input type="checkbox"/> Caesarean section/帝王切開	<input type="checkbox"/> Yes/あり <input type="checkbox"/> No/なし	__Weeks /週	__g	<input type="checkbox"/> This hospital(当院) <input type="checkbox"/> Other ()

Did you have any problems during your pregnancy or delivery? /過去に妊娠中・分娩時などの異常はありましたか。

No/いいえ Yes/はい

***If you checked "Yes", check following items that apply. /「はい」に☑された方は、下の項目で当てはまるものに、☑してください。**

Hypertension /高血圧 Diabetes mellitus/糖尿病 Swelling/むくみ Threatened premature delivery/切迫早産

Had a problem with blood clotting /出血が止まりにくかった Convulsion/けいれん Other(s)/その他:

Are you breastfeeding?/現在授乳中ですか。

No/いいえ Yes/はい