NO.		Obstetrics and Gynecology Questionnaire / 産婦人科 間診票						Please circle if any of the following apply to you.  Pregnant/妊娠中 · Breast-feeding/授乳中		
Name o 名前	of Patient						Height /身長	cm	体重 /Body Weight <b>kg</b>	
Date of E	Birth 生年月日				□ Female/ 女性 Age	vears old	H		ad a fever within 10 days?	
	Year/4		Month/月	Day/日	Male/ 男性 年齢	<b>*</b>	_	_	熱はありましたか?	
Occupa	atıon職業: Op	eration作業	· Office	e work事務 • Ur	employed無職 • Student	学生・Others他(		□ No/いい		
		4 1	• 4	. •6	•	/ v		erature本日		
				_	-				<b>通訳を付けてほしい。</b>	
	/hat is the 日、産婦人科に				STETRICS and G	SYNECOLOGY to	day? (Cho	eck all tha	at apply.)/	
	☐ Pregnanc	y/妊娠	1 1	ıstrual rder/月経異常	□ Menstrual pain /月経痛	口 Vaginal discharg /おりもの	ge 口 Itchin /かゆ。		□ Have pain /痛みがある	
	Pain whe urinating	n /排尿時痛	□ urina /尿/	iculty ating がでにくい	Hematuria □ (blood in urine) /尿に血が混じる	Pyuria ロ (pus in urine) /尿に膿が混じる		eum rash 部にできもの	Redness and swelling /赤く脹れている	
	☐ Abnorma bleeding/		Urinco	ntinence	☐ Fecal incontinence /便失禁	□/子宮脱	□ /不妊	の相談	rtility treatment	
	☐ Vomiting		☐ Nau	sea/嘔気	Cancer screening /がん健診				at a regular check-up) E勧められた(健診含)	
	Other(s)/									
W	hen did the <u>Ye</u> ar/年		m start <u>Io</u> nth/月		:いつからありますか //日 From about		から			
<sub>痛み</sub> Do	o you have a	ny pain?	体のどこ	こかに痛みはる	ありますか?		Circle the a	rea where	you are experiencing	
	□ No/いい	₹ 🔲 Y	es/はい			(	(	6 6 P		
be Not L Ty	elow./痛みの at all/全く at all/全く bypes of pain にどんな	D程度を数さない   2 nrobbing ス icking チャ	<b>すで表する</b> 3 iキズキ ウチク も	L とのぐらい 4 5 □Dull ズーン □Shooting電	<b>ですか?</b>	たい 🗆 stingピリピリ D他(	) Righ	L	eft	
		therその化	<u>t</u> (	•	)		F.	ront	Back	
日常 生活	es the pain d	isturb you	daily lif	e?/ 日常生活に	支障が	No/ない Yes/	ある			
<sub>既往歴</sub> A i	re you, or h 【在治療してい	iave you いる病気、i	been, u または過:	nder the car たに治療してい	e of a doctor in the たことはありますか?	past?				
	Noneなし ロ	Myocard	ia infarct	ion心筋梗塞[	□Angina pectoris狭心》	定 □Arrythmia不整脈	□ну	pertension高	血圧	
	Diabetes mel	litus糖尿纲	岗 □Ast	hma喘息 [	☐Chronic Obstructive P	ulmonary Disease慢性閉	塞性肺疾患			
	Gastric duod	enal ulcer	胃十二指	腸潰瘍	□Brain infarction脳梗	塞 □Dyslipidemia脂質	〔異常 □P	rostatic hype	ertrophy前立腺肥大	
	Cancer癌(			)	□Glaucoma緑内障	□Liver disease肝臟疾症	患(	)		
	Kidney disea	se腎臟疾	患(		) [	□Otherその他 (		)		
На	ave you eve	er had su	rgery b	efore?/手術』	歴はありますか?					
_	□ No/いい	₹ 🗌 Y	es/はい	If you che	cked "Yes", write the	history of your surgery	. / 「はい」に区	した方は下に	手術歴を書いてください。	
		ase names 疾患名		Nan	ne of your surgery /手術名	When you had t /手術をした			here you had the surgery 析をした医療機関	
L								<u> </u>	Continued on Next Page	

≣婦人科2/3ペ ):	<b>ニージ</b>		独歩・杖歩行	<b>亍・車椅子</b>	紹介状あり CD-R(あり・なし)	English/英語
Are you	currently on any me	edication? /現る	Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y	りますか?		
□ No/	いいえ 🗌 Yes/はい	*If you ar /お薬、もし	swer ''YES'', show ' くは「お薬手帳」を持っ	us your medication o ている方は、見せてくださ	r a medicine pocketbook. รับง	
N	Vame of medications /お薬の名前	Wh	at is your condition fo /処方理由・症		*For staff 必要時職員	用備考欄
1		•	-	Cholesterol/コレステロール・ ucid/胃酸・antidepressant/抗う )	io	
2				Cholesterol/コレステロール・ ucid/胃酸・antidepressant/抗う )	in	
3			gh Blood pressure高血圧・C 尿病・Sleep/睡眠・Gastric a	Cholesterol/コレステロール・ acid/胃酸・antidepressant/抗う )	io	
4				Cholesterol/コレステロール・ acid/胃酸・antidepressant/抗う )	io	
\$				Cholesterol/コレステロール・ acid/胃酸・antidepressant/抗う )	io	
6			gh Blood pressure高血圧・C 尿病・Sleep/睡眠・Gastric a	Cholesterol/コレステロール・ acid/胃酸・antidepressant/抗う )	00	
゚゚ <sup>レ</sup> Allergies - <b>/アレル</b> ギ		ない ロ Yes/ある c Reactions/ 痘	5□ Food(s)/ <b>食べ物</b> : E状(	□ Medicine/薬	: Others/その他:	)
Do vou si	moke regularly? /習	慣的に たばこれ	・吸い主すか。			
□ No/U	-			cigarettes/day∃ ×	years年間)	
Do you d	rink regularly? /習忆	質的にお酒を飲る	みますか。Please circle	if any of the following a	apply to you.	
□ No/U	いいえ 🗌 Yes/はい	(Beer/ビール	Japanese sake/日本酒	Wine/ワイン Whisky	y/ウイスキー Other(s)/その	他
*drink	everyday/毎日飲む	*drink	times回/week週	ml/time回		
Do you ha	ve religion? /宗教はあ	りますか?				
□ No/U	いいえ 🗌 Yes/はい		)			
Risk for fa	alls/ 転倒の危険度					
)危 歧度	Have you ever	fallen within 3 こ転んだことは			□NOいいえ □Yesはい	
	Do you have o	rthoses on you	r feet?		□NOLNIÀ □V/+!\	

/足に装具をつけていますか? Do you use a cane or walker?

/車椅子を使っていますか? Do you feel dizziness?

Risk of Falls / 大や歩行器を使っていますか? 転倒の危険度 Do you use a wheelchair?

**Continued on Next Page** 

□NOいいえ □Yesはい

□NOいいえ □Yesはい

□NOいいえ □Yesはい(Cane杖・Walker歩行器)

□NOいいえ □Yesはい(Cane杖・Walker歩行器)

/ふらつきはありますか?

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?

□NOいいえ □Yesはい

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? First menstruation初潮: years old/歳 How old were you when you had last period?								
How old were you when you had last period? 月経が終わったのはいつですか?	Me	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?  Day-menstrual cycle/日型 □ Irregular/不定期で不順  Be sick in bed								
How is your pain during your periods? /月経痛はどうですか。	ロ <sup>No</sup> /なし	ロ Bearable /我慢できる	ロ Taking pa /痛止め値	ainkiller      Be sicl 使用     /寝込/	k in bed んでしまう			
*If you take painkillers, please write the name	of the medicati	on. Name	of medication: 薬剤名:					
When was your last period? /最終月経はいつですか。	Year/生	手 Month/月	Day/ 目					
Are you keeping a record of basal body temper	rature? /基礎体	<b>本温はつけていま</b>	ぎすか。					
□ 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 n	month? / 1ヶ月	以内に性交渉はな	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 年齢	i婚 years old 歳	Your husband's current age /夫の現在の年齢	years old 歳		years old/ 歳			
I'd like to ask you about past pregnancies. If y	ou had Matern		th Handbook	(s) for your past pre	egnancies,			
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	てください。			
□ Have no history of pregnancy /妊娠したことがない	*If you che	cked "I had a preg	nancy", write y	our pregnancy histor	y below.			
□ Have a history of pregnancy /妊娠したことがある	/「妊娠したこ	□ Have a history of pregnancy /「妊娠したことがある」に立された方は下の妊娠歴をお書きください。						
Number of Pregnancy: times Number of		Number of		Number of abortion:	times			
	/旦	Number of miscarriage:		Number of abortion: 人工中絶	times /回			
Number of Pregnancy: times Number of 妊娠回数/回 delivery:	/回 合みます。 Had abno	miscarriage:  ormal Weeks of pregnancy		人工中絶 Name of facility or plac your baby	/回 ce to deliver			
Number of Pregnancy: times Number of 妊娠回数 /回 delivery:  *Please include current pregnancy./(注)現在の妊娠を  Year/Month/Day /年月日 Delivery/分娩	/回 <b>含みます。</b> Had abno pregnancy /異常妊娠	miscarriage:  ormal Weeks of pregnancy の有無 /週数	Birth Weight /出生体重	人工中絶 Name of facility or place	/回 ce to deliver			
Number of Pregnancy: times Number of 妊娠回数	/回 <b>含みます。</b> Had abnorgegnancy/異常妊娠  /経腟分娩 □ Yes,	miscarriage:  ormal Weeks of pregnancy の有無 /週数  /あり Weeks /週数	Birth Weight /出生体重	人工中絶 Name of facility or plac your baby 分娩した施言	/回 ce to deliver			
Number of Pregnancy: times Number of 妊娠回数	/回 <b>含みます。</b> Had abno pregnancy /異常妊娠  /経腟分娩 □ Yes,	miscarriage:  ormal Weeks of pregnancy /週数  /あり Weeks /辺	Birth Weight /出生体重	Name of facility or placy your baby 分娩した施記  「This hospital(当院) Other	re to deliver ····································			
Number of Pregnancy: times Number of 妊娠回数	A	miscarriage:  ormal Weeks of pregnancy /週数  /あり Weeks /辺	Birth Weight /出生体重	Name of facility or place your baby 分娩した施記  This hospital(当院) Other ( This hospital(当院)	re to deliver ····································			
Number of Pregnancy: times Number of 妊娠回数	A	miscarriage:  ormal Veeks of pregnancy /週数  /あり Weeks / 週  Weeks / 週  Weeks / 週  Weeks / 週	Birth Weight /出生体重 g	Name of facility or pla your baby 分娩した施記 口 This hospital(当院) Other	re to deliver ····································			
Number of Pregnancy: times Number of 妊娠回数 回 delivery:  *Please include current pregnancy./(注)現在の妊娠を  Year/Month/Day /年月日 Delivery/分娩  「First baby /年 /月 /日 □ Caesarean section  Second baby /年 /月 /日 □ Caesarean section  「Year/Month/Day /年 /月 /日 □ Caesarean section □ Vaginal delivery, □ □ Vaginal delivery, □ Caesarean section □ Caesarean s	A	miscarriage:  miscarriage:  weeks of pregnancy /週数  /ありWeeks /なし  /ありWeeks / 週  Weeks / 週  Weeks	Birth Weight /出生体重	Name of facility or place your baby 分娩した施言  This hospital(当院)  Other  (  This hospital(当院) Other	/回 ce to deliver 设			
Number of Pregnancy: times Number of 妊娠回数	A	miscarriage:  miscarriage:  weeks of pregnancy /週数  /あり Weeks /返  /あり JWeeks	Birth Weight /出生体重  g  g	Name of facility or place your baby 分娩した施記  This hospital(当院) Other ( This hospital(当院) Other ( Other	/回 ce to deliver 设			
Number of Pregnancy: times Number of delivery: *Please include current pregnancy./(注)現在の妊娠を  Year/Month/Day Delivery/分娩 /年月日	A	miscarriage:  miscarriage:  mormal vor not pregnancy /週数  /あり Weeks / 週  Weeks	Birth Weight /出生体重 g g	Name of facility or place your baby 分娩した施言  This hospital(当院) Other ( This hospital(当院) Other ( This hospital(当院) Other ( Other	上 Dee to deliver 设 )			
Number of Pregnancy: times Number of delivery: *Please include current pregnancy./(注)現在の妊娠を  Year/Month/Day Delivery/分娩 /年月日	A	miscarriage:  ormal vor not or not or not or not on not	Birth Weight /出生体重 g g g	Name of facility or place your baby 分娩した施記  This hospital(当院) Other ( This hospital(当院) Other ( This hospital(当院) Other ( Other ( Cother	上 Dee to deliver 设 )			
Number of Pregnancy: times Number of delivery: *Please include current pregnancy./(注)現在の妊娠を  Year/Month/Day /年月日  Pear/Month/_Day /年 /月 /日  Second baby /年 /月 /日  Third baby /年 /月 /日  Waginal delivery, Yaginal delivery, Indicate a section of delivery and the delivery of the delivery, Indicate a section of the delivery of the delivery, Indicate a section of the delivery of the delivery, Indicate a section of the delivery, Indicate a section of the delivery of the delivery, Indicate a section of the delivery of t	A	miscarriage:  ormal vor not or not or not or not on not	Birth Weight /出生体重 g g g	Name of facility or place your baby 分娩した施言  This hospital(当院) Other (	Dee to deliver 分			
Number of Pregnancy: times Number of delivery: *Please include current pregnancy./(注)現在の妊娠を  Year/Month/Day /年月日  Pear/Month/_Day /年 /月 /日  SecondYear/Month/_Day /年 /月 /日  SecondYear/Month/_Day /年 /月 /日  Caesarean section  Third baby /年 /月 /日  Year/Month/_Day /年 /月 /日  Caesarean section  Pourth baby /年 /月 /日  Fourth baby /年 /月 /日  Pourth baby /年 /月 /日  Caesarean section  Pourth baby /年 /月 /日  Caesarean section  Caesarean section  Total Caesarean section  Caesarean section  Pourth baby /年 /月 /日  Caesarean section  No/Luxえ ロ Yes/はい *If you checked*	A	miscarriage:  miscarriage:  weeks of pregnancy /週数  /ありWeeks / 週  /なし /ありWeeks / 週  weeks / 週	Birth Weight /出生体重  g  g  g  ply.	Name of facility or place your baby 分娩した施記  This hospital(当院) Other ( Cother Cother Cother Cother Cother	Dee to deliver 分			
Number of Pregnancy: times Number of delivery: *Please include current pregnancy./(注)現在の妊娠を  Year/Month/Day /年月日  Pear/Month/_Day /年 /月 /日  Second baby /年 /月 /日  Third baby /年 /月 /日  「Caesarean section Caesarean Section Caes	A	Weeks of pregnancy /週数 /あり Weeks /辺 W	上の Birth Weight /出生体重 g g g g g g g g g g g g g g g g g g g	Name of facility or place your baby 分娩した施記  This hospital(当院) Other ( Cother Cother Cother Cother Cother	De to deliver  De to deliver  De to deliver  De to deliver  De to deliver			
Number of Pregnancy: times Number of delivery: *Please include current pregnancy./(注)現在の妊娠を	A	Weeks of pregnancy の有無 Weeks / 週 Weeks / Д W	上の Birth Weight /出生体重 g g g g g g g g g g g g g g g g g g g	Name of facility or place your baby 分娩した施言  This hospital(当院) Other (	De to deliver  De to deliver  De to deliver  De to deliver  De to deliver			