

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		Date of Birth 生年月日 Year/年 Month/月 Day/日		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
		<input type="checkbox"/> Female/ 女性 <input type="checkbox"/> Male/ 男性	Age 年齢 years old 才	
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。

症状	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。
	<div><div><input type="checkbox"/> Pregnancy/妊娠</div><div><input type="checkbox"/> Menstrual disorder/月経異常</div><div><input type="checkbox"/> Menstrual pain/月経痛</div><div><input type="checkbox"/> Vaginal discharge/おりもの</div><div><input type="checkbox"/> Itchiness/かゆみ</div><div><input type="checkbox"/> Have pain/痛みがある</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Pain when urinating/排尿時痛</div><div><input type="checkbox"/> Difficulty urinating/尿がでにくい</div><div><input type="checkbox"/> Hematuria (blood in urine)/尿に血が混じる</div><div><input type="checkbox"/> Pyuria (pus in urine)/尿に膿が混じる</div><div><input type="checkbox"/> Perineum rash/会陰部にできもの</div><div><input type="checkbox"/> Redness and swelling/赤く腫れている</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Abnormal vaginal bleeding/不正出血</div><div><input type="checkbox"/> Urinary incontinence/尿失禁</div><div><input type="checkbox"/> Fecal incontinence/便失禁</div><div><input type="checkbox"/> Uterine prolapse/子宮脱</div><div><input type="checkbox"/> Consultation on fertility treatment/不妊の相談</div><div></div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Vomiting/嘔吐</div><div><input type="checkbox"/> Nausea/嘔気</div><div><input type="checkbox"/> Cancer screening/がん健診</div><div><input type="checkbox"/> 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)</div><div></div></div> <div><input type="checkbox"/> Other(s)/その他 :</div>

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

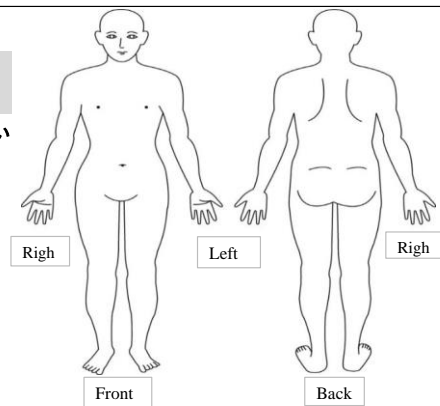
____ Year/年 ____ Month/月 ____ Day/日 From about ____ : ____ am/pm /ごろから

痛み	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
	<input type="checkbox"/> No/いいえ <input type="checkbox"/> 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?

Not at all/全くない Most severe/最も激しい

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Types of pain ☐ Throbbingズキズキ ☐ Dull ブーン ☐ Heavy重たい ☐ stingビリビリ☐ Pricking チクチク ☐ Shooting電気が走る ☐ Otherその他 ()Frequency ☐ 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 ()

日常生活	Does the pain disturb your daily life?/ 日常生活に支障が	<input type="checkbox"/> No/ない	<input type="checkbox"/> Yes/ある

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

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

***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。

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/不規則で不順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

妊娠回数

/回

Number of

times

delivery:

/回

Number of

times

miscarriage:

/回

Number of abortion:

times

人工中絶

/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