

【問診票：Medical Questionnaire】

Date : 20 / /

この問診票に記入してください。

Please fill out this medical history form.

名前 Name :	
生年月日 Date of birth :	年 / 月 / 日 (Age : 歳 years old)
住所 Address :	
電話番号 Phone :	職業 Employment :
国籍 Nationality :	言語 Language :
身長 Height :	体重 Weight : kg

今日はどのような目的でクリニックを受診しましたか？

1. What is the purpose of your visit to the clinic today?

あてはまるものにチェックしてください。

Please check the appropriate boxes.

<input type="checkbox"/> 妊娠 Pregnancy	<input type="checkbox"/> 月経異常 Abnormal menstruation	<input type="checkbox"/> おりもの Vaginal discharge
<input type="checkbox"/> 性器のかゆみ Genital itchiness	<input type="checkbox"/> 下腹部痛 Lower abdominal pain	<input type="checkbox"/> 不性器出血 Irregular genital bleeding
<input type="checkbox"/> 卵巣嚢腫 Ovarian cysts	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫 Uterine fibroids	<input type="checkbox"/> 不妊治療 Fertility treatments
<input type="checkbox"/> ビルの相談 Contraceptive pill, low dose pill		<input type="checkbox"/> 緊急避妊 Morning-after pill
<input type="checkbox"/> がん検診 Cancer screening : <input type="checkbox"/> 乳がん検診 Breast cancer screening /		<input type="checkbox"/> 子宮頸がん細胞診 Pap test
<input type="checkbox"/> その他 Other		

あなたの月経について

2. About your menstrual periods

- 1) 最終月経はいつでしたか？  
When was the first day of your last menstrual period? : month / day
- 2) 初めて月経があったのはいつでしたか？  
When was your first menstrual period? : Age years old
- 3) あなたの月経周期はどのくらいですか？  
How long is your menstrual cycle? :  days  Irregular
- 4) 平均的に、月経は何日間続きますか？  
On average, how long does your period last? : For days
- 5) 月経の量はいかがですか？  
How heavy is your flow? :  Heavy  Medium  Light
- 6) 月経痛はありますか？  
Do you suffer from menstrual pain? :  Yes  No
- 7) 閉経はいつですか？  
When was your menopause? : Age years old

今までに性行為をした経験はありますか？

### 3. Have you ever had sexual intercourse?

- Yes はい       No いいえ

あなたの妊娠歴について

### 4. About your pregnancy history

ご妊娠の経験はありますか？

#### 1) Have you ever been pregnant?

- No いいえ  
 Yes はい

#### ■ Pregnancy 妊娠

Number of times : 回数

#### ■ Delivery 分娩

Normal delivery 正常分娩

Number of times : 回数

Cesarean delivery 帝王切開分娩

Number of times : 回数

Vacuum extraction 吸引分娩

Number of times : 回数

Forceps delivery 鉗子分娩

Number of times : 回数

Heavy bleeding 大量出血

Number of times : 回数

#### ■ Abortion or Miscarriage 流産

Miscarriage 自然流産

Number of times : 回数

Abortion 人工流産

Number of times : 回数

Ectopic pregnancy 子宮外妊娠

Number of times : 回数

Hydatidiform mole 胎状奇胎

Number of times : 回数

ご妊娠している場合、当院での出産を希望されますか？

#### 2) If you are pregnant, would you like to deliver in this clinic?

- Yes はい       No いいえ

5. <sup>現病歴</sup> Present illness, <sup>既往歴</sup> Past history

現在治療中の疾患はありますか？  
1) Are you currently undergoing medical treatment for any disease?  
 <sup>いいえ</sup> No  <sup>はい</sup> Yes (Disease:  <sup>病名</sup> )

食べ物やお薬のアレルギーはありますか？  
2) Are you allergic to any foods or medications?  
 <sup>いいえ</sup> No  
 <sup>投薬</sup> Medication  <sup>食べ物</sup> Food  <sup>花粉</sup> Pollen  <sup>金属</sup> Metal  <sup>アトピー性皮膚炎</sup> Atopic dermatitis  
 <sup>アルコール</sup> Alcohol  <sup>その他</sup> Other ( )

これまでに大きな病気にかかったことはありますか？  
3) Have you ever had any major illnesses before?  
 <sup>いいえ</sup> No  
 <sup>はい</sup> Yes (Disease :  <sup>病名</sup> : Age  <sup>年齢</sup> \_\_\_\_\_  <sup>歳</sup> years old)

下記の中で、今までにかかったことがある疾患はありますか？  
4) Have you previously had any of the diseases listed below ?  
 <sup>いいえ</sup> No  
 <sup>喘息</sup> Asthma  <sup>糖尿病</sup> Diabetes  <sup>高血圧</sup> Hypertension  <sup>がん</sup> Cancer  
 <sup>その他</sup> Other ( )

現在服用中の薬はありますか？  
5) Are you currently taking any medications?  
 <sup>いいえ</sup> No  <sup>はい</sup> Yes (Medications :  <sup>薬</sup> )

今まで手術を受けたことはありますか？  
6) Have you ever had surgery before?  
 <sup>いいえ</sup> No  
 <sup>はい</sup> Yes (Type of surgery :  <sup>手術名</sup> : Age  <sup>年齢</sup> \_\_\_\_\_  <sup>歳</sup> years old)

今まで輸血を受けたことはありますか？  
7) Have you ever had any blood transfusions?  
 <sup>いいえ</sup> No  <sup>はい</sup> Yes

輸血をして何かトラブルがありましたか？  
8) Did you have any problems related to a blood transfusion?  
 <sup>いいえ</sup> No  <sup>はい</sup> Yes ( )

今まで麻酔を受けたことはありますか？  
9) Have you ever had any anesthesia?  
 <sup>いいえ</sup> No  
 <sup>全身麻酔</sup> General anesthesia  <sup>局所麻酔</sup> Local anesthesia

麻酔をして何かトラブルがありましたか？  
10) Did you have any problems related to the anesthesia ?  
 <sup>いいえ</sup> No  <sup>はい</sup> Yes ( )

あなたの普段の生活について

## 6. About your daily living

お酒を飲みますか？  
1) Do you drink alcohol?

No  No, but I used to.  Yes \_\_\_\_\_ ml/day

喫煙されますか？  
2) Do you smoke cigarettes?

No  No, but I used to.  
 Yes (Current amount : \_\_\_\_\_ cigarettes/day、Duration : \_\_\_\_\_ years)

家族歴について

## 7. About your family medical history

あなたのご家族は何か持病をお持ちですか？

Does your family have any diseases?

例 Ex. Hypertension、Diabetes、Cancer

父 Father	<input type="checkbox"/> Healthy	<input type="checkbox"/> Disease ( )
母 Mother	<input type="checkbox"/> Healthy	<input type="checkbox"/> Disease ( )
夫 Husband	<input type="checkbox"/> Healthy	<input type="checkbox"/> Disease ( )
子ども Children	<input type="checkbox"/> Healthy	<input type="checkbox"/> Disease ( )

今後、自分で通訳を連れてくることはできますか？

## 8. Will you be able to bring an interpreter with you in the future?

No  Yes (Relation : )

何か質問があれば遠慮なく教えてください。

## 9. Please let us know if you have any questions.