

産婦人科問診票

year 年 month 月 day 日

Name 名前	Date of birth:生年月日 _____year 年_____month 月_____day 日
Address 住所	Phone 電話
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか? ☐ No 無 ☐ Yes 有	
Nationality 国籍	Language 言葉

◆What is wrong with you? どうしましたか

- ☐pregnancy 妊娠 ☐irregular period 月経異常 ☐vaginal discharge おりもの
☐stomachache 腹痛 ☐irregular genital bleeding 不正性器出血 ☐polyp ポリープ
☐oophoroma 卵巣のう腫 ☐vaginal itching 性器のかゆみ ☐uterine leiomyoma 子宮筋腫
☐pap smear がん検診 ☐sterility 不妊症 ☐others その他

◆Menstrual history 月経について

- *When did your first period start? 初めて生理があったのはいつですか age _____ years 才
- *When was your menopause? 閉経はいつですか age _____ years 才
- *Are periods regular? 生理は順調ですか ☐ No いいえ ☐ Yes はい
- *Intervals 周期について
- ☐ 28days 28 日型 ☐ 30days 30 日型 ☐ _____ days 日型 ☐ irregular 不順
- *Periods 持続期間 last _____ days 日間
- *Menstrual flow 生理の量
- ☐ heavy 多い ☐ normal 普通 ☐ light 少ない
- *Do you suffer from any pain during your period? 生理痛 ☐ No 無 ☐ Yes 有
- *Date of your last period. 最終月経はいつですか month 月 day 日

◆History of pregnancy 妊娠歴

- ☐ pregnancy 妊娠 → _____times 回
- ☐ delivery 分娩 → _____times 回 → ☐ normal 正常分娩_____times 回
☐ abnormal 異常分娩_____times 回
- ☐ miscarriage 流産 → _____times 回 → ☐ natural abortion 自然流産_____times 回
☐ artificial abortion 人工流産_____times 回
- ☐ others その他 → ☐ ectopic pregnancy 子宮外妊娠 ☐ hydatidiform mole 胎状奇胎

◆Have you ever been allergic to medication or food? 薬や食物等でアレルギーを生じたことがありますか

- ☐No 無 ☐Yes 有 → ☐medication 薬 ☐food 食物 ☐others その他



◆Are you presently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

☐No 無 ☐Yes 有 → If you have any with you now, please show them to me

◆Have you ever had a pap smear? がん検診を受けたことがありますか

☐No いいえ ☐Yes はい → _____year 年 _____month 月 _____day 日

◆What illnesses have you had in the past? 過去にどのような病気をしましたか

☐stomach and intestinal disorder 胃腸の病気 ☐liver disease 肝臓の病気

☐heart disease 心臓の病気 ☐kidney disease 腎臓の病気 ☐tuberculosis 結核

☐high blood pressure 高血圧症 ☐diabetes 糖尿病 ☐asthma 喘息 ☐AIDS エイズ

☐thyroid problem 甲状腺の病気 ☐venereal disease 性病 ☐others その他

◆Have you ever had any operations? 手術を受けたことがありますか

☐No いいえ ☐Yes はい

◆Have you ever had a blood transfusion? 輸血を受けたことがありますか

☐No いいえ ☐Yes はい

◆Family's medical history

Fill out family's age and check(✓)any diseases they had. 家族の病歴

	age 年齢	healthy 健康	not healthy 健康でない	hereditary disease 遺伝病	high blood pressure 高血圧	diabetes 糖尿病	cancer 癌
Father 父		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mother 母		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Brothers 兄弟		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sisters 姉妹		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Husband 夫		☐	☐	☐	☐	☐	☐
Children 子供		☐	☐	☐	☐	☐	☐



Adachi Women's Life Clinic

安達ウィメンズライフクリニック