

OBSTETRICS and GYNECOLOGY

産婦人科問診票

Check (✓) all corresponding answers.

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 歳
 * When was your menopause? 閉経はいつですか age ____ years 歳
 * 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. 持っていれば見せてください

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		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mother 母		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brothers 兄弟		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sisters 姉妹		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
husband 夫		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
children 子供		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

produced by 国際交流/ハーティ港南台 directed by DIGITALIUM projects!!•Illusion Mill

担当医・支援者の方々へ

この問診票は、在日外国人支援ボランティアによって作成されたものを、支援者のネットワークを通じて、無料で配布しているものです。翻訳に関しては、できる限りの正確さをきいたつもりですが、間違い等が見つかりましたら随時修正版を下記インターネットサイトに配信しております。またインターネットサイトには、これ以外の科目や言語の問診票、医療制度情報などがありますので、必要に応じてご利用ください。また、翻訳の間違いや、追加したほうが良い質問事項等がありましたら下記のサイトにメールで情報をいただければ幸いです。