

Medical questionnaire 問診票

Check all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year 年 month 月 day 日

Name 名前		<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
		<input type="checkbox"/> gender dysphoria 性別違和	
Date of birth 生年月日	_____year 年 _____month 月 _____day 日	Phone 電話	
Address 住所			
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ	
Nationality 国籍		Language 言葉	

What are your symptoms? どうしましたか

- pregnancy 妊娠 irregular period 月経の異常 vaginal discharge おりもの lower abdominal pain 下腹部が痛い
- irregular genital bleeding 不正性器出血 polyps ポリープ tumour 卵巣のう腫瘍 Menopausal symptom 更年期症状
- vaginal itching 性器のかゆみ uterine fibroids 子宮筋腫 pap smear がん検診 sterility 不妊症 anemia 貧血
- Headache/頭が痛い Dizziness/めまい Dry mouth/口が渇く Sore throat/のどが痛い Cough/せき
- Chest discomfort/胸が苦しい Stomachache/胃が痛い
- Nausea/吐き気 Vomiting/嘔吐 Shortness of breath/息切れ Diarrhea/下痢
- Abdominal bloating/おなかが張る Abdominal pain/おなかが痛い Bloody stools/血便 Fever/熱がある
- Rash/発しん High blood pressure/高血圧 Cannot sleep/眠れない Lack of energy/だるい
- Loss of appetite/食欲がない
- Swelling in part of the body/体の一部にむくみがある
- Swelling with inflammation/腫れがある Other その他()

Sexually Transmitted Infection 性病検査

- Neisseria gonorrhoeae 淋病 Chlamydia カンジダ trichomonas トリコモナス Candida クラミジア
- Throat gonococcus 口腔淋菌, throat chlamydia 口腔クラミジア Syphilis 梅毒, HIV, hepatitis B B型肝炎,
- hepatitis C C型肝炎 others その他()

Menstrual history 生理について

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 your periods regular? 生理は順調ですか Yes はい No いいえ

Intervals 周期について 28days 28日型 30days 30日型 _____days 日型 irregular 不順

Periods 生理の期間について _____ days 日

Menstrual flow 生理の量について heavy 多い normal 普通 light 少ない

Do you suffer from any pain during your period? 生理痛はありますか Yes はい No いいえ

Date of your last period. 最終月経は month 月 day 日

History of pregnancy 妊娠した回数

- 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 abortion 人工流産 ___times 回

ectopic pregnancy 子宮外妊娠 hydatidiform mole 胎状奇胎

others その他 ()

Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Yes はい → medication 薬 food 食べ物 others その他 No いいえ

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

Yes はい → 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 No いいえ

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

Yes はい → _____ year 年 _____month 月 _____day 日 No いいえ

What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか

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 diabetes 糖尿病 asthma ぜんそく

high blood pressure 高血圧症 AIDS/HIV エイズ

thyroid problems 甲状腺の病気 venereal diseases 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 Yes はい No いいえ

Have you ever had a blood transfusion? 輸血を受けたことがありますか Yes はい No いいえ

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 健康ではない	hereditary disease 遺伝病	high blood pressure 高血圧	diabetes 糖尿病	cancer がん
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 子ども	()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Yes はい No いいえ

Please tell us the "trigger" of your visit 当院をどのようにして知りましたか?

Internet インターネット Introduction of the acquaintance 知人の紹介 Look at the sign 看板を見て