

## Gynecology Questionnaire

(婦人科外来問診票)

Name		Age		ID			
Height	cm /	Weight	kg/	Body Temperature	$^{\circ}\! \mathbb{C}$		
■What is the main pury (本日受診された理由はなん)		visit today	?				
□Late menstruation (生理不順)	•	menstrual 理痛が強い)	cramps	□Heavy menstrual blee (生理の量が多い)	eding		
□Abdominal pain (腹痛)	□Vaginal b (性器出	_	_	discharge □Vaginal i りもの) (性器のが	_		
□Cancer screening □Prolapsed uterus, or bladder □Incontinence □Want a child (がん健診) (子宮や膀胱が下がる) (尿がもれる) (子供がほしい)							
$\square$ Fertility exam (ブラ	イダル チェッ	ク) □Rea	arrange me	nstrual cycle (生理をずら	したい)		
□Other(その他)							
■Are you:□ Single □ (結婚は、未婚、結婚して)			$\square$ Divorced	, age:			
■What is your occupati (職業はなんですか)	on?						
■Have you ever had sex (性交渉の経験はありますが		ırse? [	∃Yes □N	Го			
■Is your husband healt (ご主人は健康ですか)	hy? □Yes	□No : illı	ness				
■When was your first n	years old	years old.					
■When did your menop	years old.						
■When was your last po (最終月経はいつですか)	eriod? Mo	nth	Date	Durationd	ays.		
■How was the amount (一番最近の月経量は平常。 □Heavy □Media	より 多い/中	等量/少量)	oleeding wh	en compared to usual?			
■Your menstrual cycle : (普段の月経の周期は何日3	•	rs □30d	lays $\square C$	Other (days) $\Box$	Irregular		
■Your menstrual flow in (普段の月経量は多い/中等	-	□Heavy	□Medium	$\Box  ext{Light}$			
■How painful is your u (普段の月経痛は ない/ま □No pain □Ligh	ある(軽度/痛∂			ど) ay in bed			

Continues to the back.

-				injury or been ho 圣験はありますか)	ospitalized?		
	Yes : il	lness					
■Do you ha	ave any	allergies?	(アレルギーは何	]かありますか)			
$\square  ext{No}$ .	ŕ						
_	-		_	s? (以下の病気はあ			
$\square$ Asth	nma(喘	息) □	High blood pr	ressure (高血圧)	□Diabetes (糖	唐尿病)	
■Are you c	urrentl	y taking ar	ny medication?	'(現在何か薬を飲ま	まれていますか)		
$\square$ No	□Yes	(name of m	edicine :				)
•		かったり、手行	ness or had su 析をうけたことがる	•			
age(年齢)		diagnosis	(病名)	Treatment(s	surgery etc) (治	斎療、手術の有無な	îど)
Family ■Have you (子宮癌検討 Cervical (子宮頸が	y memk had a c	oer(s)?(どなた cervical car 以内にうけたる	が、どのような) ncer screening ことがありますか) (Date: / 常) (Date: /	) result: [	year? ]normal □ab	onormal normal	
-	umber	of pregnanc	_	まで妊娠をしたことだ d include all prev い)		es and/or aborti	ions.
Number of pregnancies 1st 2nd etc	Age	Months pregnant (妊娠月 数)	Abortion/ Miscarriage (流産/中絶)	Delivery Normal/ Abnormal (妊娠 分現時の異常)	Hospital nam	Child's sex M/F (児の性 別)	Birth weight (出生時 体重)