

Gynecological questionnaire 婦人科問診票

Date

Name in Katakana か			Marriage 結婚	☐ Unmarried 未婚 ☐ Married 既婚
Name 名前				
Date of Birth 生年月日	Y M D(Age)	Occupation 職業		
Address 住所	〒			
Telephone number 電話	Home telephone 自宅() Mobile telephone 携帯()			
Menstrual condition 生理の状況	Last menstrual period 最終月経 Y M D ~ M D (days) Menstrual cycle 月経周期 days(Regular 順 ・ Irrgular 不順) Menopausal age 閉経年齢 years-old Check-up of Basal body temperature 基礎体温(Yes ・ No) Sexual intercourse experience 性交経験(Yes ・ No) Possibility of pregnancy 妊娠の可能性(Yes ・ No)			
Pregnancy history 妊娠歴	☐ None なし ☐ Yes あり Delivery 出産(Times)・Miscarriage 流産(Times) Artificial abortion 中絶(Times)・Ectopic pregnancy 子宮外妊娠(Times) Hydatididorm mole 胞状奇胎(Times)			
Child birth history 出産歴	1) Y M	Natural birth 自然 ・ Vacuum delivery 吸引 Forceps delivery 鉗子 ・ Caesarean section 帝王切開	healthy 健康 failure 否	
	2) Y M	Natural birth 自然 ・ Vacuum delivery 吸引 Forceps delivery 鉗子 ・ Caesarean section 帝王切開	healthy 健康 failure 否	
	3) Y M	Natural birth 自然 ・ Vacuum delivery 吸引 Forceps delivery 鉗子 ・ Caesarean section 帝王切開	healthy 健康 failure 否	
	4) Y M	Natural birth 自然 ・ Vacuum delivery 吸引 Forceps delivery 鉗子 ・ Caesarean section 帝王切開	healthy 健康 failure 否	

* Do you have any drug allergies? 薬のアレルギーはありますか

☐None なし

☐ Yes あり (Name of medicine 薬品名 Symptom 症状)

(Name of medicine 薬品名	Symptom 症状	)
-----------------------	------------	---

* We are going to ask questions about your illnesses in the past and present(Medical history).

今までに罹った事のある病気と現在治療している病気についてお伺いします

☐None なし☐ Yes あり

(Name of disease 病名 Oral medicine · medical treatment 内服 · 治療)

(Name of disease 病名 Oral medicine · medical treatment 内服 · 治療)

* Purpose of medical examination(Please circle)診療目的(○で囲んでください)

1. Irregular bleeding 不正出血
2. Lower abdominal pain 下腹部痛
3. Menstruation(irregularity・amount of bleeding・pain)生理について(不順・出血量・痛み)
4. Vaginal discharge(smell・itching・large amount)おりもの(におい・かゆみ・量が多い)
5. Menopause(Hot flash・headache・stiff shoulders・coldness・insomnia)
更年期(ほてり・頭痛・肩こり・冷え・不眠)
6. Infertility consultation 不妊の相談
7. Urination(frequent urination・pain)排尿について(頻尿・痛み)
8. Pelvic uterine prolapse 子宮脱
9. Myoma・Ovarian cyst 子宮筋腫・卵巣嚢腫
10. Others その他()

* Purpose of self-pay medical treatment 【not covered by the health insurance】 (Please circle)

自費診療目的【保険適応外】(○で囲んでください)

1. Consultation on contraception(low dose pill・emergency contraceptive pill・ring)
避妊の相談(低容量ピル・アフターピル・リング)
2. Change of menstrual cycle 生理日変更
3. Preconception check-up ブライダルチェック
4. Placenta therapy(injection・oral medicine)プラセンタ(注射・薬)
5. Vitamin B injection ニンニク注射
6. Measles/Rubella vaccine・other vaccinations 麻疹風疹ワクチン・他ワクチン
7. Others その他()