

## 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

Do you want to deliver your infant at this hospital? 妊娠の方は当院でのお産を希望しますか  
 No いいえ  Yes はい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したつもりですが、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、追加したほうがよ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。