## **Medical Questionnaire**

## Date/

Please check the appropriate boxes./当てはまるものにチェックしてください。						
Patient name/患者氏名				Nationality/国籍		
Date of Birth/生年月日	year/年	month/月	day/日	Age/年齢		
Address/住所				Phone/連絡先		
What brought you here today?						
□Pregnancy/妊娠か? □Pregr		nancy check up/妊娠		□Vaginal discha	rge/おり	もの
□Irregular genital bleeding/不正出血		☐Genital itchiness	5/かゆみ	□Abnormal menstruation/生理の異常		
□Ovarian cysts/卵巢嚢腫		☐Uterine fibroids/	/子宮筋腫	□Cancer screening/がん検診		
□Infertility/不妊		□Period control/F	<b>月経移動</b>	□Urinary problems/排尿時のトラブル		
□Lower Abdominal pain/下腹部痛		□Others/その他(			)	
When did the symptoms start?/その症状はいつからですか?						
Since approximately:		year/年	month/月_	day/日頃から	5	
About your menstrual periods/月経について						
When was your first me	nstrual period?/	初めての月経はいつる	ですか?	Age/年樹	<b>†</b> (	)
How long is your menstrual cycle?/月経周期は? ( ) Days-menstrual cycle/日型					型	□Irregular/不順
When was your last period?/最終月経は?						
Date/日付:	month/月	day/日				
Have you ever had sexual intercourse?/性交渉の経験はありますか?						
□Yes □No						
PregnancyHistory: How many times have you derivered,miscarried or abotions?/妊娠歴						
□Pregnancy/妊娠	$\rightarrow$ Numbe	r of times /回数(	)			
□Delivery/出産( )	→ □Norm	nal /正常(  )	□C-sec	tion/帝王切開(	)	
□Miscarriage/流産(	) □Abort	ion/人工中絶(	)			
Are you currently undergoing treatment for any diseases?/治療中の病気はありますか?						
□Yes/はい	→ (Disea	se/病名			)	
□No/いいえ						
Are you currently taking any medications?/現在、飲んでいるお薬はありますか?						
□Yes/はい	→ (			)		□No/いいえ
Are you allergic to any foods or medications?/食べ物やお薬にアレルギーはありますか?						
□Yes/はい	→ (			)		□No/いいえ
Have you ever had a Pap test?/子宮がん検診をうけたことはありますか?						
□Yes/はい →	Date/日付:	year/年	month/月_	day/日		□No/いいえ

