

# 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

Name/名前		Nationality/国籍	
Date of birth/誕生日		Age/年齢	
Address/住所		Phone/連絡先	

## What brought you here today?/来院目的

- Pregunancy/妊娠 Vaginal discharge/帯下 Have pain/痛み  
Irregular vaginal bleeding/不正出血 Menstrual disorder/月経異常  
Vaginal itchiness/かゆみ Urinary problems/排尿トラブル sterility/不妊  
Cancer screening/がん検診 Gynecological regular check-up/婦人科健診  
others/その他( )

## About your menstrual periods/月経について

When did your first period start?/初潮年齢 Age/年齢 \_\_\_\_\_ year  
Are your periods regular? /月経周期は順調? yes/はい Irregular/不規則  
Date of your last period/最終月経 \_\_\_\_\_ year/年 \_\_\_\_\_ Month/月 \_\_\_\_\_ Day/日

## Have you ever had sexual intercourse?/性交渉の経験はありますか

- No/いいえ yes/はい

## Pregnancy history/妊娠歴

- Have no history of Pregnancy/妊娠経験はない  
Have a history of Pregnancy/妊娠したことがある  
pregnancy/妊娠 \_\_\_\_\_ times/回  
delivery/出産 \_\_\_\_\_ times/回  
→ normal/正常 \_\_\_\_\_ times/回 C-sec/帝王切開 \_\_\_\_\_ times/回  
miscarriage /流産 \_\_\_\_\_ times/回 abortion/中絶 \_\_\_\_\_ times/回  
others/その他 ectopic pregnancy/子宮外妊娠 hydatidiform mole/胞状奇胎

## Do you have any food or medication allergies?/食べ物・薬にアレルギーはありますか?

- No/いいえ Yes/あり ( )

## Are you currently undergoing treatment for any disease?/治療中の病気はありますか?

- No/なし Yes/あり ( )

## Have you had any diseases treated in the past?/過去に治療した病気はありますか?

- No/なし Yes/あり ( )

## Are you currently taking medication?/現在飲んでいるお薬はありますか?

- No/なし Yes/あり ( )