

The First Visit Inquiry Sheet

初 回 簡 診 票

Check all corresponding answers or write details 該当するものにもするが、詳細を記入して下さい。 (Date / /)

Name <small>なまえ 名前</small>			
Date of birth <small>せいねんがっぴ 生年月日</small>	/	/	Age <small>さい 歳</small>
Address <small>じゅうしょ 住所</small>			
Phone number <small>でんわばんごう 電話番号</small>		Occupation <small>しごと 仕事</small>	
Language <small>ことば 言葉</small>		Nationality <small>こくせき 国籍</small>	
Do you understand Japanese? <small>にほんご りかいど 日本語の理解度について</small>			
<input type="checkbox"/> Yes <small>わか 解る</small> <input type="checkbox"/> Yes, a little bit <small>すこ 少 だけ 解る</small> <input type="checkbox"/> No <small>わか 解らない</small>			

Husband's name <small>おつと なまえ 夫の名前</small>			
Date of birth <small>せいねんがっぴ 生年月日</small>	/	/	Age <small>さい 歳</small>
Residence style <small>じゅうしょけいたい 住居形態</small>	<input type="checkbox"/> Together in Oita <small>いっしょにいる (同居)</small> <input type="checkbox"/> Separated <small>はな 離れている</small> → How often do you meet? (<small>どのくらいの頻度で会いますか?</small>)		
Phone number <small>でんわばんごう 電話番号</small>		Occupation <small>しごと 仕事</small>	
Language <small>ことば 言葉</small>		Nationality <small>こくせき 国籍</small>	
Do you understand Japanese? <small>にほんご りかいど 日本語の理解度について</small>			
<input type="checkbox"/> Yes <small>わか 解る</small> <input type="checkbox"/> Yes, a little bit <small>すこ 少 だけ 解る</small> <input type="checkbox"/> No <small>わか 解らない</small>			

1. Year of marriage? <small>けっこん 結婚しましたか?</small>	/	/
2. Age at the time of marriage? <small>なんさい のとき 結婚したとき</small>	Age <small>さい 歳</small>	
3. Main purpose of today's examination? <small>しんさつ き おも しょうじょう なん 診察に来た主な症状は何ですか?</small>		
<input type="checkbox"/> Infertility <small>こども 子供ができない</small> <input type="checkbox"/> Irregular bleeding <small>ふせいしゅっけつ 不正出血</small> <input type="checkbox"/> Menstrual pain <small>げっけいづ 月経痛</small> <input type="checkbox"/> Too much bleeding <small>げっけい 月経過多</small> <input type="checkbox"/> Itching <small>かゆみ 痒みがある</small> <input type="checkbox"/> Late menstrual <small>げっけい 遅れた月経</small> <input type="checkbox"/> Uterine cancer check <small>しきゅう 子宮がん検診</small> <input type="checkbox"/> other <small>その他</small> ()		
4. We would like to conduct a pelvic examination using Ultrasonic thonography. Is this O.K.? <small>ふじんか しんさつ ないしん ちようおんぱ う 婦人科診察(内診・超音波)を受けるのは大丈夫ですか?</small>		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
If you have never been sexually active, please check here. <small>いまま さいこう 性交の経験がなければ</small> → <input type="checkbox"/>		
5. Have you ever been checked for utrine cervical cancer? <small>しきゅうけい けんしん 子宮頸がん検診を受けたことがありますか?</small>		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
If you have, when? <small>それはいつですか?</small> (Date / /)		
6. Have you previously visited another examination center? <small>とういん くる まえ 当院に来る前にどこかの産婦人科にかかっていましたか?</small>		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
If "Yes", please write what kind of treatment you received. <small>かかっていた方:どのよう な 治療をしたか書いて下さい。</small>		
① Hospital name <small>びょういんめい 病院名</small>	()	(years/年 month/月)
② Hospital name <small>びょういんめい 病院名</small>	()	(years/年 month/月)
③ Hospital name <small>びょういんめい 病院名</small>	()	(years/年 month/月)

7. Has anyone in your family had any of the following diseases?

けつえん かたとくびょう きにゅう くだ
血縁の方に特病があるかたは記入して下さい

(ex: cancer, diabetes, high blood pressure, rheumatism, cerebral apoplexy, tuberculosis, etc)

(がん、結核、糖尿病、高血圧、脳卒中、麻酔によるショックなど)

- Father ちち ()
- Mother はは ()
- Sister/Brother きょうだいしまい ()
- Paternal grandfather ちちかた そふ () Maternal grandfather ははかた そふ ()
- Paternal grandmother ちちかた そぼ () Maternal grandmother ははかた そぼ ()
- Paternal uncle ちちかた おじ () Maternal uncle ははかた おじ ()
- Paternal aunt ちちかた おば () Maternal aunt ははかた おば ()
- Paternal cousin ちちかた いとこ () Maternal cousin ははかた いとこ ()

8. Please tell me about your menstrual condition げっけい 月経のことについて記入して下さい

① Age of first menstruation? はじ 初めの初潮はいつですか? Age さい 歳

② Most recent menstruation? さいきんげっけい 最近の月経はいつですか? Date ひ 日にち / ~ /

③ Frequency ひんど おし くだ 頻度を教えてください

- regular しゅんちよう 順調にある sometimes irregular とときときふじゆん 時々不順になる
- irregular つね ふじゆん 常に不順である a few months with no menstruation ここ2~3ヶ月月経がない

④ Intervals しゆまき 周期について

- 28 days にちがた 28日型 _____day にちがた 日型
- 30 days にちがた 30日型 irregular ふじゆん 不順

⑤ Number of menstruation days げっけい きかん 月経の期間について days にちかん 日間

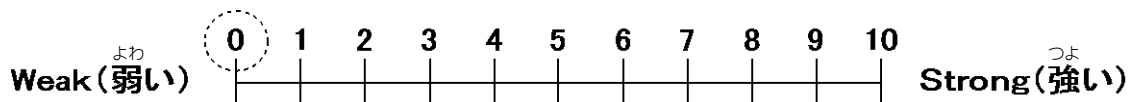
⑥ Menstrual flow げっけい りよう 月経の量について

- normal 普通 small 少量
- large 多量 very large かなり出る

⑦ Menstruation pain げっけい づう 月経痛はありますか?

- Yes → how many days? なんにち 何日くらいですか? (days/ 日間)
- rarely ほとんどない

Please mark your amount of pain with a circle いた どの どの 度合いを○で示して下さい



⑧ Types of pain いた ないよう 痛みの内容

- back ache 腰痛 stomachache かなぐぶつう 下腹部痛 headache づつう 頭痛
- vomit はきげ 吐き気 dizzy めまい depression おここみ 落ち込み
- go to hospital びやういん 病院に行く take medicine (painkiller) いた どの の 痛みどめを飲む

9. Pain when having sexual intercourse せいこうつう 性交痛はありますか？

Yes No sometimes ときどき 時々

Please mark the amount of pain with a circle いた 痛み の 度 各 いを ○ で 示し て 下 さい。

Weak よわ 弱い (0) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Strong つよ 強い

10. Contraception use ひにんきかん 避妊期間

No Yes → since when いつからですか？ (year/ ねん 年 month/ がつ 月)

11. Please tell me about your sexual activity せいせいいかつ 性生活についてお聞かせ下さい。

① How many times do you have sex? つき なんかいせいせいいかつ 月に何回性生活をしていますか？ times かい 回 / month つき 月

② Do you have any problems with sex? せいせいいかつなや 性生活の悩みはありますか？

Yes → Please give examples その理由は？()

No

③ Are you concious of your ovulation period? はいらんびいしき 排卵日を意識して性生活をしていますか？

Yes No sometimes ときどき 時々

12. Please tell me about your pregnancy experiences げんざい にんしん 現在までの妊娠についてお答え下さい。

pregnancy にんしん 妊娠 _____ times かい 回, birth しゅっさん 出産 _____ times かい 回, ectopic pregnancy しきやうがいにんしん 子宮外妊娠 _____ times かい 回

miscarriage りゅうざん 流産 _____ times かい 回, abortion じんこう にんしんちゆうぜつ 人工妊娠中絶 _____ times かい 回,

① _____ year/ ねん 年 _____ month/ がつ 月 _____ period/ げつ 月

birth しゅっさん 出産, (cesarean section ていおうせつかい 帝王切開), miscarriage りゅうざん 流産, ectopic pregnancy しきやうがいにんしん 子宮外妊娠, abortion ちゆうぜつ 中絶

② _____ year/ ねん 年 _____ month/ がつ 月 _____ period/ げつ 月

birth しゅっさん 出産, (cesarean section ていおうせつかい 帝王切開), miscarriage りゅうざん 流産, ectopic pregnancy しきやうがいにんしん 子宮外妊娠, abortion ちゆうぜつ 中絶

③ _____ year/ ねん 年 _____ month/ がつ 月 _____ period/ げつ 月

birth しゅっさん 出産, (cesarean section ていおうせつかい 帝王切開), miscarriage りゅうざん 流産, ectopic pregnancy しきやうがいにんしん 子宮外妊娠, abortion ちゆうぜつ 中絶

13. Please provide information about the following aspects of your daily life せいしかつめん 生活面についてお聞かせ下さい

① Smoking? たばこを吸っていますか？

No Yes → _____ cigarettes ほん/ day 1日 いちにち なんほん す 一日に何本くらい吸いますか？

② Does your husband(boyfriend) smoke? おとと す 夫はたばこを吸いますか？

No Yes → _____ cigarettes ほん/ day 1日 いちにち なんほん す 一日に何本くらい吸いますか？

③ Do you drink alcohol? さけ の お酒を飲みますか？

No Yes → _____ times かい 回 / week しゅう 週 しゅうかん なんかい さけ の 一週間に何回くらいお酒を飲みますか？

④ Are you getting treatment for any diseases in other hospitals? ちりょうちゆう びょうき 治療中の病気はありますか？

Yes → what disease 具体的に ()

No

⑤ Do you take any pills now? ふくようちゆう くすり 服用中の薬はありますか？

Yes → what pills どんな薬 (), for how long 服用期間 ()

No

⑥ Do you have asthma? ぜんそくはありますか?

Yes → when did it begin? 何歳から始まりましたか? Age 歳 ()

Most recent attack 最終発作はいつですか? (Date / /)

Do you treat it by inhalation or pills? 吸入ですか、内服ですか? inhalation 吸入 pills 内服

No

⑦ Do you have any pill allergies? 薬のアレルギーはありますか?

Yes → what pills どんなお薬 ()

No ※ex: voltaren ホルタレン, pyrine ビリン, antibiotic 抗生剤, etc など

⑧ Do you have any food, plant, or animal allergies?
食べ物、植物、動物アレルギーはありますか?

Yes → what allergy どんなアレルギー ()

No ※ex: rhinitis 鼻炎, crab えび, cat ねこ, etc など

⑨ Do you have egg allergy? 卵のアレルギーはありますか?

Yes No

⑩ Do you have soybean allergy? 大豆アレルギーはありますか?

Yes No

⑪ Do you have any problems with moving your body? からだを動かすことに何か支障はありますか?

Yes → what disease 具体的に ()

※ex: you can't sit on the pelvic examination table because of a hip dislocation (股関節脱臼のため、内診台に乗れないなど)

No

14. Please tell me about treatment in the past 過去の治療について聞かせてください

① Have you had any serious disease? 今まで大きな病気をしたことがありますか?

Yes → what disease どのような病気ですか

date 日付 / contents 内容 (/)

No

② Have you had surgery before? 以前に手術を受けたことはありますか?

Yes → date 日付 / contents 内容 (/)

No

③ Did you have anesthesia? 麻酔をした事はありますか?

Yes → Do you remember what kind? Any problems? どんな麻酔ですか? 何か異常はなかったですか?

()

No

④ Have you ever had a blood tranfusion? 輸血をしたことはありますか?

Yes No

15. Have you ever had any of the following diseases?
下記の病気にかかったことはありますか?

① Circulatory organ 循環器系

Yes → High blood pressure 高血圧 arrhythmia 不整脈

abnormal electrocardiogram 心電図異常 palpitation ドキドキすることがある

No

other → ()

② Respiratory tract 呼吸器系		
<input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> bronchitis 気管支炎	<input type="checkbox"/> tuberculosis 結核	<input type="checkbox"/> pneumonia 肺炎
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> other → ()		
③ Internal secretion 内分泌系		
<input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病	<input type="checkbox"/> hypothyroidism 甲状腺機能亢進症	<input type="checkbox"/> hyperthyroidism 甲状腺機能低下症
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> other → ()		
④ Digestive organ 消化器系		
<input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> gastritis 胃炎	<input type="checkbox"/> enteritis 腸炎	<input type="checkbox"/> intestinal obstruction 腸閉塞
<input type="checkbox"/> duodenal ulcer 十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/> pancreatitis 膵炎	
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> other → ()		
⑤ Otolaryngology 耳鼻咽喉科系		
<input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> deafness 難聴	<input type="checkbox"/> language disorder 言語障害	<input type="checkbox"/> hearing impairment 聴覚障害
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> other → ()		
⑥ Liver function 肝機能		
<input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> hepatitis 肝炎	<input type="checkbox"/> cirrhosis of the liver 肝硬変	
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> other → ()		
⑦ Renal function 腎機能		
<input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> pyelonephritis 腎盂腎炎	<input type="checkbox"/> nephrosis ネフローゼ	
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> other → ()		
⑧ Blood disease 血液疾患		
<input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> anemia 貧血	<input type="checkbox"/> thrombosis 血ががたまりやすい(血栓症)	<input type="checkbox"/> special blood type 特殊な血液型
<input type="checkbox"/> thrombopenia 血がとまりにくい(血小板減少症)		
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> other → ()		
⑨ Ophthalmology 眼科系		
<input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> glaucoma 緑内障	<input type="checkbox"/> retinal detachment 網膜剥離	<input type="checkbox"/> eye hypertension 眼圧亢進症
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> other → ()		
⑩ Psychiatry 心療内科及び精神科		
<input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> depression うつ病	<input type="checkbox"/> eating disorder 摂食障害	<input type="checkbox"/> insomnia 不眠症
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> other → ()		
⑪ Others その他		
<input type="checkbox"/> brain disease 脳疾患	<input type="checkbox"/> malignant hyperthermia 悪性高熱症	
<input type="checkbox"/> epilepsy てんかん発作	<input type="checkbox"/> infection disease 感染症	
<input type="checkbox"/> other → ()		

16. Could you tell us about your mental health. <small>じしん、こころけんこう についてお聞かせ下さい</small>
① How are you feeling now? <small>げんざい、こころちやうし 現在、心の調子はいかがですか？</small>
<input type="checkbox"/> Not good <small>よくない</small> <input type="checkbox"/> usual <small>ふつう</small> <input type="checkbox"/> good <small>よい</small>
② Have you ever consulted with a counselor or a psychologist? <small>これまでにかウンセラーや心療内科、精神科に相談したことがありますか？</small>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
③ Are you currently consulting with a counselor or a psychologist? <small>げんざい、カウンセラーや心療内科、精神科に相談をしていますか？</small>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
※If you have any medicines you use regularly, please fill in. <small>じやうようしているお薬がある方はご記入下さい()</small>
④ Do you have someone to talk to, if you feel uncomfortable or worried? <small>なや、しんぱい、心配があるときに、相談する人がいますか？</small>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
⑤ Have you often been depressed in the past month? <small>かこ、げつ、あいだきぶん、お、こ、げんき、ぜつぼうてき、なや、過去1ヶ月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、また絶望的になってしばしば悩まされたことがありますか？</small>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
⑥ Have you often felt no motivation or enjoyment in the past month? <small>かこ、げつ、あいだものごと、きやうみ、たの、なや、過去1ヶ月の間に、物事することに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まされたことがありますか？</small>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
⑦ Have you often felt nervous, anxious, or irritable in the past month? <small>かこ、げつ、あいだ、まいにも、きんたうかん、ふあんかん、しんけいかげん、かん、過去1ヶ月の間に、ほとんど毎日緊張感、不安感または神経過敏を感じることはありませんか？</small>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
⑧ Have you felt it difficult or impossible to control your anxiety in the past month? <small>かこ、げつ、あいだ、まいにも、しんぱい、と、しんぱい、過去1ヶ月の間に、ほとんど毎日心配することを止められない、または心配をコントロールできないようなことはありませんか？</small>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

参照:大分トライアル

Signature きにゆうしゃしめい 記入者氏名 :
