

The First Visit Inquiry Sheet

初回簡診票

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

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

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

1. Year of marriage? いっけこん 結婚しましたか?	/	/
2. Age at the time of marriage? なんさい のとき いっけこん 何歳の時に結婚しましたか?	Age さい 歳	
3. Main purpose of today's examination? 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?		
<input type="checkbox"/> Infertility こども 子供ができない <input type="checkbox"/> Irregular bleeding ふせいしゅっけつ 不正出血 <input type="checkbox"/> Menstrual pain げっけいづ 月経痛		
<input type="checkbox"/> Too much bleeding げっけいかた 月経過多 <input type="checkbox"/> Itching かゆみがある <input type="checkbox"/> Late menstrual げっけいおそく 月経が遅れている		
<input type="checkbox"/> Uterine cancer check しきゅう けんしん 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> other その他 ()		
4. We would like to conduct a pelvic examination using Ultrasonic thonography. Is this O.K.? ふじんか しんさつ ないしん ちようおんぱ う たいしやうぶ 婦人科診察(内診・超音波)を受けるのは大丈夫ですか?		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
If you have never been sexually active, please check here. いま せいじゆう せいじゆう 今までに性交の経験がなければ <input checked="" type="checkbox"/> して下さい → <input type="checkbox"/>		
5. Have you ever been checked for utrine cervical cancer? しきゅうけい けんしん とう 子宮頸がん検診を受けたことがありますか?		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
If you have, when? それはいつですか? (Date / /)		
6. Have you previously visited another examination center? とういん く まえ さんふじんか 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?		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
If "Yes", please write what kind of treatment you received. かかっていた方:どのよう な ちりやう 治療をしたか書いて下さい。		
① Hospital name びやういんめい 病院名 () () () ()	years/年	month/月
② Hospital name びやういんめい 病院名 () () () ()	years/年	month/月
③ Hospital name びやういんめい 病院名 () () () ()	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 初めて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 じゆんちよう 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 しゆき 周期について

- 28 days 28日型 _____day 日にち型
- 30 days 30日型 irregular 不順

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

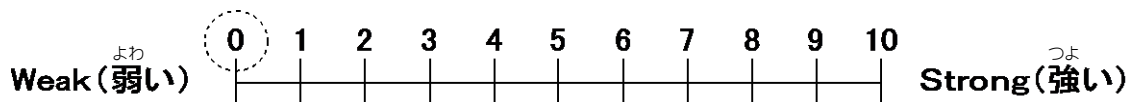
⑥ Menstrual flow げっけい りよう 月経の量について

- 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/ 日にち)
- rarely ほとんどない

Please mark your amount of pain with a circle いた どの しみ くだ 痛みの度合いを○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

⑥ Do you have asthma? ぜんそくはありますか?

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

Most recent attack さいしゅうほつき 最終発作はいつですか? (Date / /)

Do you treat it by inhalation or pills? きゅうにゅう、ないふく 吸入ですか、内服ですか? inhalation きゅうにゅう 吸入 pills ないふく 内服

No

⑦ Do you have any pill allergies? くすり 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? た、もの、しょくぶつ、どうぶつ 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 びえん 鼻炎, crab えび, cat ねこ, etc など

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

Yes No

⑩ Do you have soybean allergy? たいず 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? からだうご 体を動かすことに何か支障はありますか? なに、ししょう

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 かこ、ちりょう 過去の治療について聞かせてください

① Have you had any serious disease? いま、おお、びょうき 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? いぜん、しゆじゆつ、う 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? ますい、こと 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? ゆけつ 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? かき、びょうき 下記の病気にかかったことはありますか?

① Circulatory organ じゆんかんきけい 循環器系

Yes → High blood pressure こうけつあつ 高血圧 arrhythmia ふせいみやく 不整脈

abnormal electrocardiogram しんでんずいじょう 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"/> No		<input type="checkbox"/> pneumonia 肺炎
<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"/> No		<input type="checkbox"/> hyperthyroidism 甲状腺機能低下症
<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"/> duodenal ulcer 十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/> intestinal obstruction 腸閉塞
<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> pancreatitis 膵炎
<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"/> No		<input type="checkbox"/> hearing impairment 聴覚障害
<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 血がたまりやすい(血栓症)
	<input type="checkbox"/> thrombopenia 血がとまりにくい(血小板減少症)	<input type="checkbox"/> special blood type 特殊な血液型
<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"/> No		<input type="checkbox"/> eye hypertension 眼圧亢進症
<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"/> No		<input type="checkbox"/> insomnia 不眠症
<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、しんけいがびん、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 :
