

The First Visit Inquiry Sheet

初 回 問 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			
Height 身長	cm	Weight 体重	kg
Date of birth 生年月日	/	/	Age 歳
Address 住所			
Phone number 電話番号			Occupation 仕事
Language 言葉			Nationality 国籍
Do you understand Japanese? 日本語の理解度について			
<input type="checkbox"/> Yes 解る <input type="checkbox"/> Yes, a little bit 少しだけ解る <input type="checkbox"/> No 解らない			

Husband's name 夫の名まえ			
Date of birth 生年月日	/	/	Age 歳
Residence style 住居形態	<input type="checkbox"/> Together in Oita 一緒にいる(同居) <input type="checkbox"/> Separated 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 電話番号			Occupation 仕事
Language 言葉			Nationality 国籍
Do you understand Japanese? 日本語の理解度について			
<input type="checkbox"/> Yes 解る <input type="checkbox"/> Yes, a little bit 少しだけ解る <input type="checkbox"/> No 解らない			

1. Year of marriage? いつ結婚しましたか?	/	/
2. Age at the time of marriage? 何歳の時に結婚しましたか?	Age 歳	
3. Main purpose of today's examination? 診察に来た主な症状は何ですか?		
<input type="checkbox"/> Infertility 子供ができない <input type="checkbox"/> Irregular bleeding 不正出血 <input type="checkbox"/> Menstrual pain 月経痛 <input type="checkbox"/> Too much bleeding 月経過多 <input type="checkbox"/> Itching かゆみがある <input type="checkbox"/> Late menstrual 月経が遅れている <input type="checkbox"/> Uterine cancer check 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.? 婦人科診療(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. 今までに性交の経験がなければ○して下さい → <input type="checkbox"/>		
5. Have you ever been checked for uterine cervical cancer? 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 ever been checked for rubella antibody? 風疹抗体検査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 / /) ()		
7. Have you previously visited another examination center? 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:どのような治療をしたか書いて下さい。		
① Hospital name 病院名 ()	()	years/年 month/月
② Hospital name 病院名 ()	()	years/年 month/月
③ Hospital name 病院名 ()	()	years/年 month/月

8. 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 (兄弟/姉妹) ()
- ☐ Paternal grandfather ちちかた そふ (父方の祖父) ()
- ☐ Maternal grandfather ははかた そふ (母方の祖父) ()
- ☐ Paternal grandmother ちちかた そぼ (父方の祖母) ()
- ☐ Maternal grandmother ははかた そぼ (母方の祖母) ()
- ☐ Paternal uncle ちちかた おじ (父方の叔父) ()
- ☐ Maternal uncle ははかた おじ (母方の叔父) ()
- ☐ Paternal aunt ちちかた おば (父方の叔母) ()
- ☐ Maternal aunt ははかた おば (母方の叔母) ()
- ☐ Paternal cousin ちちかた いとこ (父方のいとこ) ()
- ☐ Maternal cousin ははかた いとこ (母方のいとこ) ()

9. 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 にち 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 ときどき 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 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 ()

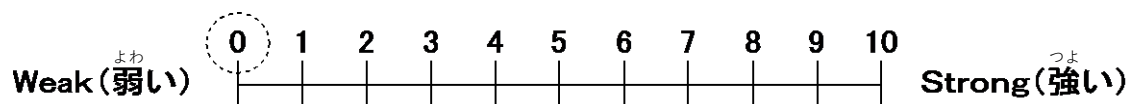
⑥ Menstrual flow げっけい りよう 月経の量について

- ☐ normal おつ 普通
- ☐ small しょうりよう 少量
- ☐ large たりよう 多量
- ☐ very large かたまりで 塊が出る

⑦ Menstruation pain げっけい 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/ にちかん 日間)
- ☐ rarely ほとんどない

Please mark your amount of pain with a circle いた どあ しめ 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 かぶくぶつう 下腹部痛
- ☐ headache ずつう 頭痛
- ☐ vomit はき 吐き
- ☐ dizzy めまい
- ☐ depression おこ 落ち込み
- ☐ go to hospital びやういん 病院に行く
- ☐ take medicine (painkiller) いた 痛みどめを飲む

10. Pain when having sexual intercourse <small>せいこうつう 性交痛はありますか？</small>	
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sometimes <small>ときどき</small>
Please mark the amount of pain with a circle <small>いた 痛み、どあ 度のあい、しめ くだ 示して下さい。</small>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> Weak <small>よわ</small> (弱い) </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">0</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div>1</div><div>2</div><div>3</div><div>4</div><div>5</div><div>6</div><div>7</div><div>8</div><div>9</div><div>10</div> </div> </div> <div style="text-align: center;"> Strong <small>つよ</small> (強い) </div> </div>	
11. Contraception use <small>ひにんきかん 避妊期間</small>	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes → since when <small>いつからですか？</small> (year/ <small>ねん</small> month/ <small>が</small>)
12. Please tell me about your sexual activity <small>せいせいかつ 性生活についてお聞かせ下さい。</small>	
① How many times do you have sex? <small>つき なんかいせいせいかつ 月に何回性生活をしていますか？</small>	times <small>かい</small> / month <small>つき</small>
② Do you have any problems with sex? <small>せいせいかつなや 性生活の悩みはありますか？</small>	
<input type="checkbox"/> Yes → Please give examples <small>りゆう その理由は？ ()</small>	
<input type="checkbox"/> No	
③ Are you concious of your ovulation period? <small>はいらんびいしき せいせいかつ 排卵日を意識して性生活をしていますか？</small>	
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sometimes <small>ときどき</small>
13. Please tell me about your pregnancy experiences <small>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。</small>	
<input type="checkbox"/> pregnancy <small>にんしん</small> 妊娠 _____ times <small>かい</small> 回, <input type="checkbox"/> birth <small>しゅっさん</small> 出産 _____ times <small>かい</small> 回, <input type="checkbox"/> ectopic pregnancy <small>しきゅうがい にんしん</small> 子宮外妊娠 _____ times <small>かい</small> 回 <input type="checkbox"/> miscarriage <small>りゅうざん</small> 流産 _____ times <small>かい</small> 回, <input type="checkbox"/> abortion <small>じんこう にんしん ちゅうぜつ</small> 人工妊娠中絶 _____ times <small>かい</small> 回,	
① _____ year/ <small>ねん</small> _____ month/ <small>が</small> _____ period/ <small>げつ</small> _____	
<input type="checkbox"/> birth <small>しゅっさん</small> 出産, (<input type="checkbox"/> cesarean section <small>ていおうせつかい</small> 帝王切開), <input type="checkbox"/> miscarriage <small>りゅうざん</small> 流産, <input type="checkbox"/> ectopic pregnancy <small>しきゅうがい にんしん</small> 子宮外妊娠, <input type="checkbox"/> abortion <small>ちゅうぜつ</small> 中絶	
② _____ year/ <small>ねん</small> _____ month/ <small>が</small> _____ period/ <small>げつ</small> _____	
<input type="checkbox"/> birth <small>しゅっさん</small> 出産, (<input type="checkbox"/> cesarean section <small>ていおうせつかい</small> 帝王切開), <input type="checkbox"/> miscarriage <small>りゅうざん</small> 流産, <input type="checkbox"/> ectopic pregnancy <small>しきゅうがい にんしん</small> 子宮外妊娠, <input type="checkbox"/> abortion <small>ちゅうぜつ</small> 中絶	
③ _____ year/ <small>ねん</small> _____ month/ <small>が</small> _____ period/ <small>げつ</small> _____	
<input type="checkbox"/> birth <small>しゅっさん</small> 出産, (<input type="checkbox"/> cesarean section <small>ていおうせつかい</small> 帝王切開), <input type="checkbox"/> miscarriage <small>りゅうざん</small> 流産, <input type="checkbox"/> ectopic pregnancy <small>しきゅうがい にんしん</small> 子宮外妊娠, <input type="checkbox"/> abortion <small>ちゅうぜつ</small> 中絶	
14. Please provide information about the following aspects of your daily life <small>せいかつめん 生活面についてお聞かせ下さい</small>	
① Smoking? <small>たばこを吸っていますか？</small>	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes → _____ cigarettes <small>ほん/ day 1日</small> <small>いちにち なんほん す 一日に何本くらい吸いますか？</small>
② Does your husband(boyfriend) smoke? <small>おつと す 夫はたばこを吸いますか？</small>	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes → _____ cigarettes <small>ほん/ day 1日</small> <small>いちにち なんほん す 一日に何本くらい吸いますか？</small>
③ Do you drink alcohol? <small>さけ の お酒を飲みますか？</small>	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes → _____ times <small>かい/ week 1週間</small> <small>しゅう なんかい さけ の 一週間に何回くらいお酒を飲みますか？</small>
④ Are you getting treatment for any diseases in other hospitals? <small>ちりょうちゅう びょうき 治療中の病気はありますか？</small>	
<input type="checkbox"/> Yes → what disease <small>ぐたいてき 具体的に</small> ()	
<input type="checkbox"/> No	
⑤ Do you take any pills now? <small>ふくようちゅう くすり 服用中の薬はありますか？</small>	
<input type="checkbox"/> Yes → what pills <small>くすり</small> (), for how long <small>ふくようきかん</small> ()	
<input type="checkbox"/> No	

[illegible]

② Respiratory tract <small>こきゅうきけい 呼吸器系</small>		
<input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> bronchitis <small>きかんしえん 気管支炎</small>	<input type="checkbox"/> tuberculosis <small>けっかく 結核</small>	<input type="checkbox"/> pneumonia <small>はいえん 肺炎</small>
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> other → ()		
③ Internal secretion <small>ないぶんびつ けい 内分泌系</small>		
<input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> diabetes <small>とうようびょう 糖尿病</small>	<input type="checkbox"/> hypothyroidism <small>こうじょうせんきのう こうしんしょう 甲状腺機能亢進症</small>	<input type="checkbox"/> hyperthyroidism <small>こうじょうせんきのうのうてい かいしょう 甲状腺機能低下症</small>
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> other → ()		
④ Digestive organ <small>しょうかきがい 消化器系</small>		
<input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> gastritis <small>いえん 胃炎</small>	<input type="checkbox"/> enteritis <small>ちようえん 腸炎</small>	<input type="checkbox"/> intestinal obstruction <small>ちようへいそく 腸閉塞</small>
<input type="checkbox"/> duodenal ulcer <small>じゅうにいちようかいよう 十二指腸潰瘍</small>		<input type="checkbox"/> pancreatitis <small>えん 膵炎</small>
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> other → ()		
⑤ Otolaryngology <small>じび いんこうか けい 耳鼻・咽喉科系</small>		
<input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> deafness <small>なんちよう 難聴</small>	<input type="checkbox"/> language disorder <small>げんごしょうがい 言語障害</small>	<input type="checkbox"/> hearing impairment <small>ちようかくしょうがい 聴覚障害</small>
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> other → ()		
⑥ Liver function <small>かんきのう 肝機能</small>		
<input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> hepatitis <small>かんえん 肝炎</small>	<input type="checkbox"/> cirrhosis of the liver <small>かんこうへん 肝硬変</small>	
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> other → ()		
⑦ Renal function <small>じんきのう 腎機能</small>		
<input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> pyelonephritis <small>じんどうじえん 腎盂腎炎</small>	<input type="checkbox"/> nephrosis <small>ネフローゼ</small>	
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> other → ()		
⑧ Blood disease <small>けつえきしつかん 血液疾患</small>		
<input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> anemia <small>ひんけつ 貧血</small>	<input type="checkbox"/> thrombosis <small>ち 血がかたまりやすい(血栓症)</small>	<input type="checkbox"/> special blood type <small>とくしゅ けつえきがた 特殊な血液型</small>
<input type="checkbox"/> thrombopenia <small>ち 血がとまりにくい(血小板減少症)</small>		
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> other → ()		
⑨ Ophthalmology <small>がんかけい 眼科系</small>		
<input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> glaucoma <small>りよくないしょう 緑内障</small>	<input type="checkbox"/> retinal detachment <small>もうまくはくり 網膜剥離</small>	<input type="checkbox"/> eye hypertension <small>がんあつこうしんしょう 眼圧亢進症</small>
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> other → ()		
⑩ Psychiatry <small>しんりょうないか およせいしんか 心療内科及び精神科</small>		
<input type="checkbox"/> Yes → <input type="checkbox"/> depression <small>うつ びょう 病</small>	<input type="checkbox"/> eating disorder <small>せつしよくしょうがい 摂食障害</small>	<input type="checkbox"/> insomnia <small>ふみんしょう 不眠症</small>
<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> other → ()		
⑪ Others <small>その他</small>		
<input type="checkbox"/> brain disease <small>のうしつかん 脳疾患</small>	<input type="checkbox"/> malignant hyperthermia <small>あくせいこうねつしょう 悪性高熱症</small>	
<input type="checkbox"/> epilepsy <small>てんかん ぼつさ 発作</small>	<input type="checkbox"/> infection disease <small>かんせんしょう 感染症</small>	
<input type="checkbox"/> other → ()		

17. Could you tell us about your mental health. <small>じしん こころ けんこう き くだ</small> ご自身の心の健康についてお聞かせ下さい		
① How are you feeling now? <small>げんざい こころちようし</small> 現在、心の調子はいかがですか？		
<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>しんりようないかせいしんか そうだん</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？		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		
③ Are you currently consulting with a counselor or a psychologist? <small>げんざい しんりようないかせいしんか そうだん</small> 現在、カウンセラーや心療内科、精神科に相談をしていますか？		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		
※If you have any medicines you use regularly, please fill in. <small>じようよう ぐすり かた きにゆうぐだ</small> 常用しているお薬がある方はご記入下さい()		
④ Do you have someone to talk to, if you feel uncomfortable or worried? <small>なや しんぱい そうだん ひと</small> 悩んだり心配があるときに、相談する人がいますか？		
<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</small> 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？		
<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 きようみ たの なや</small> 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？		
<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 まいにち きんちようかん ぶあんかん しんけいかにびん かん</small> 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したか？		
<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 まいにちもんぱい と しんぱい</small> 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がありましたか？		
<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：
