MEDICAL CHECK SHEET Date: Year 年 _____ month 月_____ day 日 _____

Please answer the questions below or circle (○) your answers
下記の質問事項に記入または○印をつけてください。

Name 氏名 _____ _____ Age 年齢 _____ yrs
(first name) (family name)

Occupation 職業 _____ Nationality 国籍_____

Height 身長 _____ cm Weight 体重 _____ kg Blood type 血液型 _____ Rh + ー

A. What is the reason for your visit today? 今日いらした理由は何ですか？
If you worry about any of these symptoms, please use a (○) to circle the diseases or disorders below:
気になる症状・病名に○をつけてください

☆ Section for medical treatments covered by insurance 保険診療部門

1. Menstrual periods 月経：
   Irregular menstrual period 月経不順 Painful menstruation 月経痛
   Bleeding between menstrual period 不正出血 other その他 _____
2. Discharge おりもの：
   Heavy discharge 増量 Unusual color 色 Unusual smell 臭い other その他 _____
3. The vulva 外陰部：
   Itching かゆみ Pain 痛み Some abnormality 違和感 Boil できもの other その他 _____
4. Pain 痛み：
   Lower back pain 腰痛 Lower abdominal pain 下腹痛 Painful urination 排尿時痛
5. Infertility 不妊症
6. Gynecological disease 婦人科疾患：
   Myoma uteri (a fibroid) 子宮筋腫 Endometriosis 子宮内膜症 Ovarian cyst 卵巣嚢腫
   Symptoms of menopause 更年期障害 other その他 _____

☆ Section for medical treatment at your own expense (insurance doesn't cover these) 自費診療部門

1. Are you pregnant? 妊娠かどうか？
   Did you do a pregnancy check yourself? 検査しましたか？
   If yes した (positive 陽性、negative 陰性)
   When did you check? いつ？Month _____ day _____

G A=		w	d
EDC=	20	／	／

2. Changes in the expected date of your menstruation 月経予定日の変更

3. Prescription for a mild pill 低用量ピルの処方

4. You wish to have medicine for emergency contraception (the "Day After Pill") 緊急避妊

5. IUD - Intrauterine contraception device insert 挿入・remove 抜去・replace 交換
   regular medical check for IUD 定期検診

6. Cancer examination (smear test) ガン検診：
   Uterine cervix cancer 子宮頚がん Endometrial cancer 子宮体がん

7. Other その他 _____

Please fill in the back ➡

B. Please give information about your menstrual periods. 月経についてお書きください

1. Last period was from: Year _____ month _____ day _____ 最終月経
   Length of your last period _____ days 持続日数 *(This is about your most recent period.)*

2. When did you get your first ever period? ____ years old 初経
   How many days is your usual cycle? ____ days Are your periods usually regular / irregular? 月経周期
   Have your started menopause? (Yes / No) When did your menopause start? ____ years old 閉経

3. Usual length of your menstrual periods (bleeding days) _____ days 月経の持続日数
   menstrual flow: heavy / normal / light 月経量（多い、普通、少ない）

4. Painful menstruation: Yes / No 月経痛（ある/なし）
   Do you use any medicine for menstrual pain? Yes / No 鎮痛剤の内服（ある/なし）

C. Record of your relationship (marriage, etc.) 結婚などについてお書きください。:
single 未婚 married 既婚（at _____ years of age）(才の時)
What your husband's / partner's age now? _____ years old 夫の年齢 (現在 才)
Have you ever had any sexual intercourse ? (Yes / No) 性交経験は？

D. Record of past pregnancy and delivery: 現在及び今までの妊娠・分娩についてお書きください
Record of past delivery and operations 分娩及び手術の年・月 Progress of miscarriage & childbirth 経過
(Please write the year[s]/month[s] it happened, and at how many weeks of pregnancy) Circle the number for the type of event.

① Miscarriage 自然流産 ② Artificial abortion 人工流産
③ Normal delivery 自然分娩 ④ Vacuum delivery 吸引分娩 ⑤ Cesarean section 帝王切開
⑥ Premature birth 早産 ⑦ Extra-uterine pregnancy 子宮外妊娠

Year_____ Month _____ at _____ weeks	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Year_____ Month _____ at _____ weeks	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Year_____ Month _____ at _____ weeks	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Year_____ Month _____ at _____ weeks	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Year_____ Month _____ at _____ weeks	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

E. If you have any illnesses that you are going to the hospital for now, please write them here:
現在通院されている病気がありましたら、お書きください。

_____

F. If you have are taking medicine regularly now, please write down the name(s) of the medicine:
現在常用されているお薬がありましたら、名前をお書きください。

_____

G. Have you ever had any of the following diseases? Please circle. 今までにかかった病気はありますか？

Diabetes mellitus 糖尿病 High blood pressure 高血圧 Asthma 喘息 Heart disease 心臓病
Hyperlipemia 高脂血症 Chlamydia クラミジア Condyloma コンジローマ
Herpes ヘルペス Hepatitis 肝炎/HBS(B)/HCS(C)/others B 型/C 型/その他
Depression うつ病 other その他 _____

H. Have you ever had an operation? 手術したことはありますか？ Yes / No

Myoma uteri (fibroids) 子宮筋腫 Ovarian cyst 卵巣嚢腫 Ovarian tumor 卵巣腫瘍
Appendicitis 虫垂炎（盲腸炎） Other その他 _____

I. Do you have any allergies? アレルギーはありますか？ Yes / No

drugs 薬剤→ name of drugs _____
disinfectant 消毒薬 name of disinfectant _____
hay fever 花粉症 atopic dermatitis アトピー性皮膚炎 other その他 _____

J. Do you smoke? たばこ Yes / No How many cigarettes do you smoke a day? _____