**婦人科問診/Questionnaire at Gynecology Department**

■婦人科の来院目的を教えてください

Why did you visit our clinic to receive a medical service at our Gynecology Department?

子宮がん検診を受けに来ました・先生から再来を指示されました・不正出血があります・下腹部痛があります・ピルの相談希望です・生理の異常があります・更年期症状があります・健診結果で再検査の指示がありました・

その他

To receive screening for womb cancer / Doctor’s instruction for a revisit / Irregular bleeding / Lower abdominal pain / Consultation on birth-control pill / Abnormal menstruation / Menopause symptom / Advice to receive a re-examination based on health checkup report

■最後に受けた子宮がん検診について教えてください

Please provide the latest screening result for womb cancer.

最後に受けた検査は異常ありませんでした/ No abnormality

最後に受けた検査は異常ありでした/ Abnormality detected

検査結果を覚えていません/ Do not remember the result・

初めて検査を受けます/ This is the first examination

■最終月経が開始した日を教えてください

When is the first day of the last menstrual period?

(YYYY/MM/DD)

■閉経していますか？

Are you in postmenopausal stage?

閉経していません・閉経しています・わかりません

No Yes Unsure

■結婚経験はありますか？

Have you ever been married?

はい・いいえ

Yes No

■性交経験はありますか？

Have you had sexual intercourse?

はい・いいえ

Yes No

■妊娠経験はありますか？

Have you ever been pregnant?

ないです・１回あります・２回あります・３回以上あります

No Once Twice Three times or more

■出産経験はありますか？

Have you ever delivered a baby?

ないです・１回あります・２回あります・３回以上あります

No Once Twice Three times or more

■診断された婦人科の病気や治療中のものがありましたらご記入ください

Please specify a gynecological disease diagnosed or being treated, if applicable.

■内服薬はありますか？

Are you currently taking any internal medication?

■アレルギー/Allergies

ありません/ No

花粉症/ Pollen・ハウスダスト/ House dust・薬剤/ Medication・食べ物/ Food

アルコール/ Alcohol・金属/ Metal・アトピー/ Atopy・その他/ Other items

■１年以内にワクチンを接種しましたか？

Have you received a vaccine within a year?

はい・いいえ・分からない

Yes No not sure

●マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

Do you agree to providing your medical information through your My Number Health Insurance Certificate?

同意する・同意しない

Yes No