

Gynecology

Please check all corresponding answers.

Name 名前	
Date of birth 生年月日	_____ Month 月 / _____ Day 日 / _____ Year 年
Address 住所	
Phone 電話	
Do you have Japanese health insurance card ? 健康保険証を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Nationality 国籍	

What are your symptoms ? どうしましたか ?	
<input type="checkbox"/> Irregular period 月経不順	<input type="checkbox"/> Hypermenorrhea 過多月経
<input type="checkbox"/> Irregular genital bleeding 不正性器出血	<input type="checkbox"/> Dysmenorrhea 月経困難症
<input type="checkbox"/> Menopausal symptoms 更年期症状	<input type="checkbox"/> Vaginal discharge おりもの
<input type="checkbox"/> Morning-after pill (Emergency contraception) 緊急避妊	<input type="checkbox"/> Vaginal itching 性器のかゆみ
<input type="checkbox"/> Others その他 ()	<input type="checkbox"/> Lower abdominal pain 下腹部痛
	<input type="checkbox"/> Medical check-up 健康診断

Since when have you been having this symptom ? いつから症状がありますか ?

Menstrual history 生理について	
When did your first period start ? 初めての生理はいつですか?	Age _____ years 才
When was your menopause ? 閉経はいつですか ?	Age _____ years 才
Are your periods regular ? 生理周期は順調ですか ?	<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Do you suffer from severe pain during your periods ? ひどい生理痛がありますか ?	<input type="checkbox"/> No いいえ <input type="checkbox"/> Yes はい
Intervals 生理周期について	<input type="checkbox"/> 28 days <input type="checkbox"/> 30 days <input type="checkbox"/> _____ days <input type="checkbox"/> Irregular
Periods 生理期間について	_____ days
Menstrual flow 量について	<input type="checkbox"/> Heavy 多い <input type="checkbox"/> Normal 普通 <input type="checkbox"/> Light 少ない
Date of your last period 最終月経の日	_____ month 月, _____ day 日

