

Gynecology Questionnaire



Name: _____

Please the boxes, to the items that apply to you.

Have you had sex in the last 3 months? 3ヶ月以内に性交渉ありますか? Yes No

Have you had a cervical cancer screening within the last year? 1年以内に子宮頸がん検診をしましたか? Yes No

Please the boxes, or fill in the empty blanks to the items that apply to you.

Period doesn't come 月経が来ない Does it become irregular often? しばしば不順になりますか? Yes This is the first time

Irregular periods 月経不順 From when? (_____)

Abnormal bleeding (including brown discharges) 異常出血 (茶色帯下を含む) From when? (_____ days ago)

Lower abdominal pain 下腹痛 Where is it located? 場所はどこですか?
右下腹部 左下腹部 中央 ばらばら
 (lower right abdomen · lower left abdomen · central · various places)

Do you have pain when urinating? 排尿時痛みありますか? Yes No

Menstrual pain is strong 月経痛が強い From when? Recently 最近 Menarche 初経より Gradually 次第に

Itching of the genital area 陰部のかゆみ From when? Recently 最近 From before 以前より Repeat 繰り返す

Increase in the amount of discharge 帯下の量が増えた From when? Recently From before Repeat

Foul-smelling discharge 帯下の臭い From when? Recently From before Repeat

Worried about STDs (sexually transmitted diseases) 性感染症が心配 Will you take our STD set test? 性行為感染症セットを受けますか?
 I want to take it. 受けたい Not necessary. 不要

A Set: Chlamydia · Gonorrhea bacteria (throat, uterus) クラミジア・淋菌 (咽頭・子宮)

AA Set: Chlamydia · Gonorrhea bacteria (throat only) クラミジア・淋菌 (咽頭のみ) B Set: Syphilis, HIV 梅毒、HIV

C Set: HB, HCV, HTLV-1 D Set: A+B Sets DX Set: A+B+C Sets

Pregnancy diagnosis (Desire to give birth · Abortion consultation) 妊娠の診断 (分娩希望・人工妊娠中絶の相談)

Have you confirmed the pregnancy reaction yourself? 自分で妊娠反応を確認しましたか?

Not yet していない Did した (Date: ____/____/____, Result: + · -)

Did you receive a check-up at another medical institution?

Not yet していない Did した (Date: ____/____/____, Diagnosed @ ____ weeks pregnant)

Desire contraceptive pill (Purpose of contraception · Other) 避妊希望 (避妊目的・その他)

Emergency contraceptive pill "Morning after pill" (Can be prescribed within 72 hours after sex) 緊急避妊ピル

Contraceptive ring リング希望

Wish to move my cycle due to vacation plans

旅行などで月経調整したい

(Like to have it pushed to a later date than the original start of ____/____ to new start date of ____/____) (____月 ____日から ____月 ____日 を避けたい)

Cervical cancer screening 子宮頸がん検診

Ovarian cancer screening 卵巣がん検診

Breast cancer screening 乳がん検診

(At Oak Clinic we can only do an ultrasound and physical exam. If you want a mammography we can write you an introduction letter to another clinic. For patients with having symptom signs, we recommend to be seen by a specialist.)

Bridal Check ブライダルチェック

(Blood sample 採血, Ultrasound 超音波, Uterine cancer screening 子宮がん検診, Chlamydia · Gonorrhea bacteria 淋菌 (uterus 子宮))

Diet ダイエット

Others その他 (_____)

Self-pay Tests

STD Sets	A Set	AA Set	B Set	C Set	D Set	DX Set
Cost	¥10,950 <small>(With Tax: ¥12,045)</small>	¥7,370 <small>(With Tax: ¥8,107)</small>	¥3,620 <small>(With Tax: ¥3,982)</small>	¥4,220 <small>(With Tax: ¥4,642)</small>	¥14,570 <small>(With Tax: ¥16,027)</small>	¥16,790 <small>(With Tax: ¥18,469)</small>
Screening Name	Cervical cancer screening	Ovarian cancer screening	Breast cancer screening	Bridal Check		
Cost	¥3,400 <small>(With Tax: ¥3,740)</small>	¥5,300 <small>(With Tax: ¥5,830)</small>	¥3,500 <small>(With Tax: ¥3,850)</small>	¥26,500 <small>(With Tax: ¥29,150)</small>		

※ The price including tax is an estimate stated due to obligation to display the total amount. Minor differences in calculation may occur at time of actual accounting.

※ All costs are subject to change without notice. Thank you for your understanding. ※ There is an additional First time fee/Revisit fee that applies to the above tests.

婦人科問診票



氏名 _____

あてはまる項目に☑をご記入ください。

- 3ヶ月以内に性交渉ありますか？ あり なし
 ■ 1年以内に子宮頸がん検診をしましたか？ はい いいえ

本日の来院目的に☑、○、または空欄にご記入ください。

- 月経が来ない ・ しばしば不順になりますか？ はい 今回初めて
月経不順 ・ いつからですか？ (_____)
異常出血（茶色帯下を含む） ・ いつからですか？ (_____ 日前から)
下腹痛 ・ 場所はどこですか？ (右下腹部 ・ 左下腹部 ・ 中央 ・ ばらばら)
 ・ 排尿時痛みありますか？ あり なし
月経痛が強い ・ いつからですか？ 最近 初経より 次第に
陰部のかゆみ ・ いつからですか？ 最近 以前より 繰り返す
帯下の量が増えた ・ いつからですか？ 最近 以前より 繰り返す
帯下の臭い ・ いつからですか？ 最近 以前より 繰り返す
性感染症が心配 ・ 性行為感染症セットを受けますか？ 受けたい 不要
Aセット：クラミジア・淋菌（咽頭・子宮） AAセット：左記咽頭のみ Bセット：梅毒、HIV
Cセット：HB、HCV、HTLV-1 Dセット：A+Bセット DXセット：A+B+Cセット
妊娠の診断 (分娩希望 ・ 人工妊娠中絶の相談)
 ・ 自分で妊娠反応を確認しましたか？ していない した (_____ 月 _____ 日 陽性 ・ 陰性)
 ・ 他の病院を受診しましたか？ していない した (_____ 月 _____ 日 妊娠 _____ 週と診断)
ピル希望 (避妊目的 ・ その他)
緊急避妊ピル (性交後 72 時間以内に処方可能です)
リング希望
旅行などで月経調整したい (_____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日を避けたい)
子宮頸がん検診
卵巣がん検診
乳がん検診
 (当院での検査は超音波と触診のみです。マンモグラフィは紹介となります。症状のある方は、専門医の受診をおすすめします。)
ブライダルチェック [採血、超音波、子宮がん検診、クラミジア・淋菌（子宮）]
ダイエット
その他 (_____)

自費検査

性行為感染症セット	Aセット	AAセット	Bセット	Cセット	Dセット	DXセット
料金	10,950円 (税込 12,045円)	7,370円 (税込 8,107円)	3,620円 (税込 3,982円)	4,220円 (税込 4,642円)	14,570円 (税込 16,027円)	16,790円 (税込 18,469円)
検診名	子宮頸がん検診	卵巣がん検診	乳がん検診	ブライダルチェック		
料金	3,400円 (税込 3,740円)	5,300円 (税込 5,830円)	3,500円 (税込 3,850円)	26,500円 (税込 29,150円)		

※総額表示義務に基づき、税込価格を記載しています。会計時に計算上の誤差が生じる場合がございます。

※料金は予告なく、変更になる場合がございます。予めご了承ください。 ※上記の検査には別途初診料、再診料がかかります。