

Exclusive Use of Woman Health Questionnaire (婦人科問診)

Question I About gynecology

I-1 Have you had a check up for uterine cancer?

これまでに子宮頸がん検診を受けたことがありますか

Within 1 yr (1年以内にある)

Within 2 yrs (2年以内にある)

More than 2yrs ago (2年以上前にある)

No (いいえ)

<Question about your menstruation>

<月経についての質問>

I-2 ① Have you reached menopause? 閉経していますか

Yes No

I-2 ② Please enter your age at menopause. 閉経時の年齢を入力してください

(years old)

<If you are not menopausal, please answer questions 2 ③ ~ I 2 ⑦>

閉経していない方は、I-2 ③ ~ I-2 ⑦ についてお答え下さい

I-2 ③ Are you currently taking any hormonal drugs in gynecology care?
(estrogen, progesterone, etc)

月経コントロール中ですか。(例;低容量ピルやジェノゲストなどのホルモン剤で治療中)

Yes No

I-2 ④ Start of last menstrual period 最終月経の開始日

⑤ End date of last menstrual period 最終月経の終了日

⑥ Duration of last 最終月経の期間

④ From month () day ()

⑤ Until month () day ()

⑥ For () days

I-2 ⑦ About menstrual cycle 月経周期についてお答えください

Regular periods (規則的)

Irregular periods (不規則)

I-3 ① Are you pregnant or possibly pregnant? 妊娠または、妊娠の可能性はありますか

Yes No

I-3 ② Have you ever had sexual intercourse? 性交渉の経験はありますか

Yes No

<Question about your pregnancy History>

<妊娠と出産の回数についての質問>

I-3 ③ How many times have you become pregnant and given birth?
妊娠の回数を教えてください

Pregnancies (times.) 妊娠回数 Childbirths (times.) 出産回数

I-3 ④ Have you ever had C-sections? 帝王切開歴はありますか

Yes No

I-3 ⑤ Please record the number of C sections. 回数を教えてください

(times.) 回数

I-4 Do you have limited range of motion around the hip joint? 開脚制限はありますか

Yes No

I-5 Subjective symptoms 自覚症状についてお答えください

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nothing particular (特になし) | <input type="checkbox"/> Abnormal bleeding (不正出血) |
| <input type="checkbox"/> Vaginal discharge (おりもの) | <input type="checkbox"/> Genital itching (陰部のかゆみ) |
| <input type="checkbox"/> Abdominal pain (下腹部痛) | <input type="checkbox"/> Menstrual pain (月経痛) |
| <input type="checkbox"/> Premenstrual syndrome (月経前不調) | <input type="checkbox"/> Menopausal disorder (更年期不調) |

I-6 Medical record 既往歴

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nothing particular (特になし) | <input type="checkbox"/> Uterine myoma (子宮筋腫) |
| <input type="checkbox"/> Endometriosis (子宮内膜症) | <input type="checkbox"/> Uterine adenomyosis (子宮腺筋腫) |
| <input type="checkbox"/> Uterine polyp (子宮頸管 ポリープ) | <input type="checkbox"/> Cervical dysplasia (子宮頸部異形成) |
| <input type="checkbox"/> Cervical cancer (子宮頸がん) | <input type="checkbox"/> Corpus uteri cancer (子宮体がん) |
| <input type="checkbox"/> Ovarian cyst. (卵巣のう腫) | <input type="checkbox"/> Ovarian cancer (卵巣 がん) |
| <input type="checkbox"/> Breast cancer (乳がん) | <input type="checkbox"/> others (その他) |

I-7 Have you undergone total hyste rectomy? 子宮の全摘手術を受けましたか

Yes No

I-8 Have you undergone menopausal replacement therapy? ホルモン剤の治療歴はありますか

Yes (under treatment (治療中) After treatment (治療後))
 No

Question2 About mammary glands

II-1 Have you had a breast cancer screening?

これまでに乳がん検診を受けたことがありますか

- Within 1 yr (1年以内にある) Within 2 yrs (2年以内にある)
- More than 2yrs ago (2年以上前にある) No (いいえ)

<Question about your symptoms> <自覚症状についての質問>

II-2 ① Are you currently breastfeeding? 現在授乳中ですか

- Yes No

II-2 ② Do you have a lump in the breast? 乳房にしこりがありますか

- Yes No

II-2 ③ Do you have any discharge from your nipples? 乳首から分泌物がありますか

- Yes No

<Question about your medical record > <既往歴についての質問>

II-3 ① Have you been diagnosed with or treated for the following diseases?

該当する項目にチェックをつけてください

- Nothing particular (特になし)
- Breast cancer (years old) (乳がん)
- Fibroadenoma (years old) (線維腺腫)
- mastopathy (years old) (乳腺症)
- other disease (years old) (その他)

II-3 ② If you chose <other> , please fill out the diagnosis.

「その他」の既往歴を入力した方のみ、病名を入力してください

Diagnosis () 病名

<Question about your treatment history > <治療歴についての質問>

II-4 ① Have you ever had breast augmentation or reconstructive surgery?

今まで乳房の豊胸手術、または再建手術を受けたことがありますか

- No (いいえ) Within 1 yrs (1年以内にある)
- More than 1yrs ago (1年以上前にある)

II-4 ② If you selected <yes>in II-4① , please fill out the type of surgery.

乳房の豊胸手術または再建手術を受けたことがある方は手術の種類をご入力下さい

- Breast augmentation (豊胸手術)

Reconstructive surgery for breast cancer (乳がんによる再建手術)

II-4 ③ Please fill out the type of breast augmentation surgery.

「豊胸手術」と答えた方は、術式をお答えください

Silicone Gel bag (シリコンバック)

Hyaluronic acid injection or Fat grafting
(ヒアルロン酸または脂肪注入)

others (その他)

<Question about your family history >

<家族歴についての質問>

III-1 Have any family or relatives had (the following) breast cancer?

血縁の女性の方で乳がんの方はいらっしゃいますか

None or Unknown (該当なし)

Grandmother (祖母)

Mother (母親)

Daughter (娘)

Sister (姉妹)

Aunt (叔母)

III-2 Have any family or relatives had (the following) ovarian cancer?

血縁の女性の方で、卵巣がんの方はいらっしゃいますか

None or Unknown (該当なし)

Grandmother (祖母)

Mother (母親)

Daughter (娘)

Sister (姉妹)

Aunt (叔母)