

NO.	Urology Questionnaire/泌尿器科 問診票		Please circle if any of the following apply to you. Pregnant 妊娠中・Breast-feeding 授乳中	
Name of Patient 名前	<input type="checkbox"/> Male/ 男性 <input type="checkbox"/> Female/ 女性	Age 年齢 years old 才	Date of Birth 生年月日 Year/年 Month/月 Day/日	
Occupation職業: Operation作業・Office work事務・Unemployed無職・Student学生・Others他()			Body Temperature/体温 : °C	

I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。

症状 What is the reason(s) for visiting UROLOGY today? (Check all that apply.)
本日、泌尿器科にかかりたい理由は何ですか。

- Fever/発熱
- Frequent urination/頻尿
- Bloody urine/血尿
- Urinary incontinence/尿失禁
- Pain when urinating/排尿時痛
- Difficulty urinating/尿がでにくい
- Pus in urine/尿に膿がでる
- Have pain/痛みがある
- Rash/できもの
- Phimosis/包茎
- Scrotum swelling/陰嚢が腫れている
- Worries about sexual matters./性の悩み
- I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here./他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む)
- Other(s)/その他:

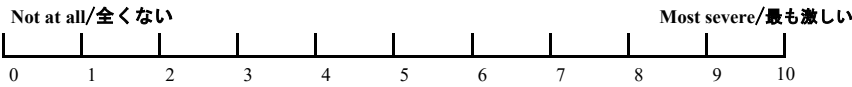
When did the symptom start? /この症状はいつからありますか。

___ Year/年 ___ Month/月 ___ Day/日 From about ___ : ___ am/pm /ごろから

痛み Do you have any pain? /体のどこかに痛みはありますか?
 No/いいえ Yes/はい

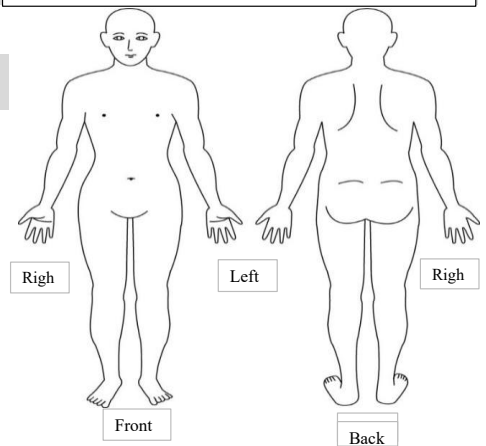
Circle the area where you are experiencing the pain.
/痛みのある部分に○を付けて下さい。

If you describe the pain on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below.
/痛みの程度を数字で表すと、どのぐらいですか?



- Types of pain** /どんな
- Throbbingズキズキ
 - Dullズーン
 - Heavy重たい
 - stingピリピリ
 - Prickingチクチク
 - Shooting電気が走る
 - Otherその他()

- Frequency** /いつ
- Alwaysいつも
 - When you move動く時
 - When you touch触ると
 - Sometimes時々
 - Can't sleep with痛みで眠れない
 - Otherその他()



日常生活 Does the pain disturb your daily life? / 日常生活に支障が No/ない Yes/ある

Have you had sexual intercourse with someone besides your partner? /不特定の方と性交渉がありましたか。

- No/いいえ Yes/はい

既往歴 Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past? /現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか?

- Noneなし
- Myocardia infarction心筋梗塞
- Angina pectoris狭心症
- Arrhythmia不整脈
- Hypertension高血圧
- Diabetes mellitus糖尿病
- Asthma喘息
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease慢性閉塞性肺疾患
- Gastric duodenal ulcer胃十二指腸潰瘍
- Brain infarction脳梗塞
- Dyslipidemia脂質異常
- Prostatic hypertrophy前立腺肥大
- Cancer癌 ()
- Glaucoma緑内障
- Liver disease肝臓疾患()
- Kidney disease腎臓疾患()
- Otherその他()

Continued on Next Page

Have you ever had surgery before? /手術歴はありますか?

No/いいえ Yes/はい

If you checked "Yes", write the history of your surgery.
/「はい」に印した方は下に手術歴を書いてください。

Disease names /疾患名	Name of your surgery /手術名	When you had the surgery /手術をした時期	Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

お薬

Are you currently on any medication? /現在、飲んでいる薬はありますか?

No/いいえ Yes/はい

*If you answer "YES", show us your medication or a medicine pocketbook.
/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

	Name of medications /お薬の名前	What is your condition for prescribing? /処方理由・症状	*For staff 必要時職員用備考欄
①		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
②		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
③		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
④		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
⑤		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
⑥		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	

アレルギー

Allergies

/アレルギーの有無

No/ない Yes/ある Food(s)/食べ物: Medicine/薬: Others/その他:

Allergic Reactions/ 症状 ()

ペースメーカー

Do you have an implanted pacemaker? /ペースメーカーを埋め込んでいますか?

No無 Yes有

IF yes, do you have a pacemaker handbook/ ID card?
ある場合は、ペースメーカー手帳またはID cardをお持ちですか?

No無 Yes有 at home 自宅にある

たばこ

Do you smoke regularly? /習慣的に、たばこを吸いますか。

No/いいえ Quit/やめた Yes/吸っている (cigarettes/day日 × years年間)

お酒

Do you drink regularly? /習慣的にお酒を飲みますか。 Please circle if any of the following apply to you.

No/いいえ Yes/はい (Beer/ビール Japanese sake/日本酒 Wine/ワイン Whisky/ウイスキー Other(s)/その他)

*drink everyday/毎日飲む *drink times回/week週 ml/time回

宗教

Do you have religion? /宗教はありますか?

No/いいえ Yes/はい ()

転倒の危険度

Risk for falls/ 転倒の危険度

Risk of Falls
転倒の危険度

Have you ever fallen within 3 months?
3ヶ月以内に転んだことはありますか? NO/いいえ Yes/はい

Do you have orthoses on your feet?
/足に装具をつけていますか? NO/いいえ Yes/はい

Do you use a cane or walker?
/杖や歩行器を使っていますか? NO/いいえ Yes/はい(Cane杖・Walker歩行器)

Do you use a wheelchair?
/車椅子を使っていますか? NO/いいえ Yes/はい(Cane杖・Walker歩行器)

Do you feel dizziness?
/ふらつきはありますか? NO/いいえ Yes/はい

Did you take eye drops to widen your pupil in eye exam today?
/本日眼科検査で瞳を広げる目薬をしましたか? NO/いいえ Yes/はい