

Urology Questionnaire/泌尿器科 問診票

| | | | | |
|-----------------------------|---|----------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Name of patient /患者氏名 | | For staff only /医療機関記入欄 | BT= | ℃ |
| Date of birth /生年月日 (西暦) | Year/年 (Month/月 Day/日 Years old/歳) | | PR= | /分 |
| Height/Weight/身長・体重 | cm kg | | BP= | mmHg |
| Allergies /アレルギーの有無 | <input type="checkbox"/> Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> Medicine/薬: | | RR= | /分 |
| | | | SPO2= | % |
| | | Sex/性別 | <input type="checkbox"/> Male/男性 | <input type="checkbox"/> Female/女性 |

What is the problem today? (Check all that apply.)
/今日どのような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)

- 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
- Scrotum swelling
/陰嚢が腫れている Pus in urine
/尿に膿がでる Have pain
/痛みがある Rash/できもの Infertility/不妊 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 (健診施設含む) で受診を勧められた
- Other(s)
/その他 :

What is the symptom like?
/症状はどのような性質を持っていますか。

- Constant/絶え間なく、続いている The symptom is gradually worsening./徐々にひどくなってきている
- The symptom comes and goes./症状が出たり消えたりしている Other(s)/その他 :

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

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
午前・午後 時 分ごろから

Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?
/現在、飲んでいる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- No/いいえ Yes/はい

*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 | How to take or use your medication /飲み方・使い方 | | Name of medications /お薬の名前 | How to take or use your medication /飲み方・使い方 |
|---|-------------------------------|--|---|-------------------------------|--|
| ① | | | ⑥ | | |
| ② | | | ⑦ | | |
| ③ | | | ⑧ | | |
| ④ | | | ⑨ | | |
| ⑤ | | | ⑩ | | |

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？

No/いいえ Yes/はい

If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.
 /「はい」に☑した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

| Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可) | Treatment progress /治療経過 | Hospital name /医療機関名 |
|--|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 | <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療 |
| | <input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 | <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療 |
| | <input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 | <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療 |
| | <input type="checkbox"/> Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Withdrawal of treatment/治療中断 | <input type="checkbox"/> Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Untreated/未治療 |

<List of diseases/疾患リスト>

| System of disease /疾患の系統 | Disease names /疾患名 |
|--|--|
| ① Digestive disease /消化器系の疾患 | a. Peptic ulcer /消化器潰瘍 b. Hepatitis/肝炎 c. Hepatic cirrhosis /肝硬変 d. Others/その他 |
| ② Circulatory system disease /循環器系の疾患 | a. Hypertension/高血圧 b. Angina pectoris/myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞 c. Arrhythmia/不整脈 d. Heart failure/心不全 e. Others/その他 |
| ③ Respiratory disease /呼吸器系の疾患 | a. Asthma/喘息 b. Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患 c. Pneumonia /肺炎 d. Pulmonary tuberculosis /肺結核 e. Others/その他 |
| ④ Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患 | a. Chronic renal failure /慢性腎不全 b. Renal/urinary stone /腎・尿管結石 c. Urinary tract infection /尿路感染症 d. Others/その他 |
| ⑤ Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患 | a. Cerebral infarction /脳梗塞 b. Cerebral hemorrhage /脳出血 c. Epilepsy/てんかん d. Others/その他 |
| ⑥ Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患 | a. Diabetes mellitus /糖尿病 b. Hyperlipidemia /高脂血症 c. Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害 d. Hyperuricemia /高尿酸血症 e. Others/その他 |
| ⑦ Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患 | a. Rheumatoid arthritis /関節リウマチ b. Osteoporosis /骨粗鬆症 c. Osteoarthritis /変形性膝関節症 d. Herniated intervertebral discs/椎間板ヘルニア e. Gout/痛風 f. Others/その他 |
| ⑧ Obstetrics and gynecology disease/産婦人科の疾患 | a. Uterine fibroids /子宮筋腫 b. Dysmenorrhea /月経困難症 c. Infertility/不妊症 d. Others/その他 |
| ⑨ Eye disease /眼の疾患 | a. Cataract/白内障 b. Glaucoma/緑内障 c. Retinopathy/網膜症 d. Others/その他 |
| ⑩ Malignant tumor /悪性腫瘍 | a. Stomach cancer/胃がん b. Colon cancer/大腸がん c. Liver/gallbladder pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん d. Breast cancer/乳がん e. Uterine cancer/子宮がん f. Lung cancer/肺癌 g. Others/その他 |
| ⑪ Mental disease /精神の疾患 | a. Depression/うつ病 b. Schizophrenia /統合失調症 c. Others/その他 |
| ⑫ ENT disease /耳鼻科の疾患 | a. Impaired hearing /難聴 b. Dizziness/めまい c. Ear noise/耳鳴 d. Pollen allergy/花粉症 e. Others/その他 |
| ⑬ Blood disease /血液の疾患 | a. Anemia/貧血 b. Leukemia/白血病 c. Others/その他 |
| ⑭ Skin disease /皮膚の疾患 | a. Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎 b. Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫) c. Others/その他 |

Have you ever had surgery?

/今までに手術をしたことがありますか。

-
- No/いいえ
-
- Yes/はい

If you checked "Yes", write the history of your surgery.
/「はい」に☑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 |
|-----------------------|------------------------------|--------------------------------------|--|
| | | | |
| | | | |

※If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.

/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

Do you smoke regularly?

/習慣的に、たばこを吸いますか？

-
- No/いいえ
-
- Yes/はい
-
- Used to smoke/以前吸っていた

| Cigarette consumption/喫煙量 | Duration of smoking/喫煙期間 | Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年 |
|----------------------------|--------------------------|---|
| _____cigarettes/Day 本/日 | _____Year/年_____Month/月 | _____Year/年 |

*If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.
/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

Do you drink regularly?

/習慣的にお酒を飲みますか？

-
- No/いいえ
-
- Yes/はい
-
- Used to drink regularly/以前飲酒する習慣があった。

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Beer/ビール _____/Day/日 | <input type="checkbox"/> Whiskey/ウイスキー _____/Day/日 |
| <input type="checkbox"/> Japanese Sake/日本酒 _____/Day/日 | <input type="checkbox"/> Wine/ワイン _____/Day/日 |
| <input type="checkbox"/> Other(s)/その他 _____/Day/日 | |

If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant?

/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか？

-
- No/いいえ
-
- Yes/はい
-
- Do not know/わからない

Are you breastfeeding?

/現在、授乳中ですか？

-
- No/いいえ
-
- Yes/はい

If you have a special request concerning the consultation, check the box.

/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

-
- I want to be informed of my estimated medical expenses in advance. /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
-
-
- 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。
-
-
- Other(s)/その他 :