PATIENT REGISTRATION FORM

Japanese Syllabary

Years/年

Age(年齢) Sex(性別)

Month/月

Day/目

Occupation(職業)

Name(名前)					□Male(男)		
Date of Birth(生年月日)	Years/年	Month/月	Day/日	Years old	□Female(女)		
Address(住所)						Weight(体重)	kg
Cell Phone(電話番号)			Nationali	ty(国籍)			
What is the problem today?(Check all that apply.)************************************							
□Frequent urination/頻尿 □Fever/発熱							
□Urinary incontinence/尿失禁			(When? Ďay/日 : am/pm °C)				
_	urination/尿が出にく	□Bloody urine/血尿					
□ Test for STDs/性病検査 □ Pain in penis/陰茎部の痛み □ □ Pain in testicles/陰嚢部の痛み □ □ Pain in testicles/陰嚢部の痛み							
【□Gonococcus/淋病 □Chlamydia/クラミジア □ Pain in testicles/陰嚢部の痛み □ Syphilis/梅毒 □ HIV) □ Rash/できもの							
□ Pus in urine/膿が出る □ Have pain/痛み(□ Abdominal/腹部□ Low back/腰部)							
□ Pain when urinating/排尿時に痛みがある □ Erectile dysfunction/勃起障害							
□Itchy/痒い			□Other/その	_)
· What did th	e symptom start?	症状はいつから出	さてますか?		*		
(Year/	年 Month/月		day/日 From	about	ž.	am/p	om)
· Are you,or have you been,under the care of a doctor in the past? ##### ** ** ** ** ** ** ** ** ** ** **							
(□No □Yes-	\rightarrow)
・ Are you currently on any medication? 現在飲んでいる薬はありますか?							
(□No □Yes-	\rightarrow)
・ Have you ever had surgery? 今までに手術をした事がありますか?							
(□No □Don't know □Yes→Disease names _{疾患名}							
· Allergies アレルギーはありますか?							
(□No □Don	't know □Yes→□	Foods:)
	\rightarrow	Medicine:)
<over 40="" 40歳以上の方="" old="" years="">・ Have you had a medical checkup in the past year? この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか?</over>							
	→Whenいつ頃	12.10- 1)
<men 50="" over="" ₅₀歳以上の男性の方="">・ Have you had a PSA(prostate cancer marker)test within</men>							
the past year? 1年以内にPSA(前立腺がんのマーカー)の検査をしたことがありますか? (□No□Yes)							
<female 女性の方="">・ Are you pregnant,or breastfeeding? 妊娠中、又は授乳中ですか?</female>							
(□No □Don't know□Pregnant _{妊娠中} (week of pregnancy 妊娠何週目)□Breastfeeding _{授乳中})							
• About menstruation 生理について (□Not yetまだない □Favorable順調 □Irregularity示順 □Menopause閉経)							
· Last mens	struation 最終月経	(Days from	M	onth/月	da	y/日)
· Do you agree to obtain medical information using your minor health insurance card?							
	to deliterate allite anni difficultante di substantino del seri	(E)V					YO, WASA .