

PATIENT REGISTRATION FORM

year 年 month 月 day 日

Name 名前		<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女	
Date of birth 生年月日 (YYY/MM/DD)	/ /	Age 年齢	years old
Address 住所	〒	Phone 電話	
Nationality 国籍		Weight 体重	kg

What brought you here today? どうしましたか?

- Fever 熱がある Low back pain 腰部の痛み
 Abdominal pain 腹部の痛み Difficulty urination 頻尿
 Genital abnormalities 性器の異常 →
 Pain in testicles 陰嚢部の痛み Pain in penis 陰茎部の痛み
 Bloody urine 血尿が出た Urinary incontinence 尿失禁
 Pain when urinating 排尿時の痛み Other その他()

When did the symptoms start? いつから?

Since approximately : _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日ごろから

Do you have any appetite? 食欲はありますか?

- Yes はい Usually 普通 No いいえ

Do you sleep? 眠れていますか?

- Yes はい Usually 普通 No いいえ

Feces of state? 便の状態は?

- Diarrhea 下痢 Usually 普通 Constipation 便秘

Have you previously had any of the diseases listed below? 今までにかかった病気はありますか?

- Gastrointestinal disease 胃腸の病気 Liver disease 肝臓の病気 Heart disease 心臓の病気
 Kidney disease 腎臓の病気 Respiratory disease 呼吸器の病気 Blood disease 血液の病気
 Brain/ neurological disease 脳・神経系の病気 Cancer 癌 Diabetes 糖尿病
 Thyroid gland disease 甲状腺の病気 Other その他()

How old are you when you became ill? それは何歳の時ですか?

Age: _____ years old 歳

Are you allergic to penicillin or medications? 薬や抗生物質でアレルギーはありますか?

- Yes はい → Medication 薬 Penicillin 抗生物質
 No いいえ

Is there a possibility that you are pregnant? 妊娠していますか、またその可能性はありますか?

- Yes はい → _____ months pregnant ヶ月 No いいえ I Don't no わかりません

When was the first day of your last period? 最終月経は?

Date 日付: _____ month 月 / _____ day 日