

## Анкета щодо урології/Urology Questionnaire/泌尿器科 問診票

Ім'я та прізвище пацієнта /Name of patient /患者氏名				Тільки для персоналу /For staff only /医療機関記入欄	BT=	°C	
Дата народження /Date of birth /生年月日 (西暦)	Рік /Year/年 (	Місяць /Month/月	День /Day/日 Років/Years old/歳)		PR=	хв./min./分	
Зріст/Варг/Height/Weight/身長・体重	см/cm кг/kg			Стать/Sex/性別	BP=	мм ртут. стовп. /mmHg	
Алергії/Allergies /アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> Їжа/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> Ліки/Medicine/薬:			RR=	хв./min./分	SPO2=	%
				<input type="checkbox"/> Чоловіча/Male/男性 <input type="checkbox"/> Жіноча/Female/女性			

Яка сьогодні проблема? (Позначте все, що застосовно)/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。)

- |  |   |   |   |   |  |
|--|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Лихоманка<br>/Fever/発熱                            | <input type="checkbox"/> Часте сечопускання<br>/Frequent urination<br>/頻尿 | <input type="checkbox"/> Кров'яниста сеча<br>/Bloody urine/血尿   | <input type="checkbox"/> Нетримання сечі<br>/Urinary incontinence<br>/尿失禁 | <input type="checkbox"/> Біль під час сечопускання<br>/Pain when urinating<br>/排尿時痛 | <input type="checkbox"/> Утруднене сечопускання<br>/Difficulty urinating<br>/尿がでにくい          |
| <input type="checkbox"/> Пухлина мошонки<br>/Scrotum swelling<br>/陰嚢が腫れている | <input type="checkbox"/> Гній у сечі<br>/Pus in urine<br>/尿に膿がでる          | <input type="checkbox"/> Наявність болю<br>/Have pain<br>/痛みがある | <input type="checkbox"/> Висип/Rash<br>/できもの                              | <input type="checkbox"/> Фіміоз/Phimosis<br>/包茎                                     | <input type="checkbox"/> Неспокій щодо сексуальних питань/Worries about sexual matters./性の悩み |
- В іншій клініці (лікарні) (або під час звичайного медогляду) мені порадили звернутися сюди.  
/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)
- Інше/Other(s)  
/その他:

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Постійний/Constant/絶え間なく、続いている  | <input type="checkbox"/> Симптом поступово посилюється/The symptom is gradually worsening.<br>/徐々にひどくなってきている |
| <input type="checkbox"/> Симптом з'являється і зникає/The symptom comes and goes.<br>/症状が出たり消えたりしている | <input type="checkbox"/> Інше/Other(s)/その他:  |

Чи були у вас сексуальні контакти ще з кимось, окрім вашого партнера?  
/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。

- Ні/No  
/いいえ     Так/Yes  
/はい

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

Рік                      Місяць                      День                      Від близько/From about \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ до полудня/am/після полудня/pm  
/Year                      /Month                      /Day                      午前・午後                      時                      分ごろから

Чи приймаєте ви наразі якісь ліки, у тому числі вітаміни та харчові добавки?  
/Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?

/現在、飲んでる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- Ні/No  
/いいえ     Так/Yes  
/はい

\*Покажіть нам свої ліки або медичну карту (книжку).  
/Show us your medication or medication record (notebook).  
/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。

	Назва ліків /Name of medications /お薬の名前	Як приймати або використовувати ліки /How to take or use your medication /飲み方・使い方		Назва ліків /Name of medications /お薬の名前	Як приймати або використовувати ліки /How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			⑥		
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

**Перебуваєте ви нині чи перебували раніше під опікою лікаря?/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？

Hi/No /いいえ  Tak/Yes /はい

Якщо ви вказали «Так», виберіть стан з переліку і напишіть назву лікарні, де вас лікували.  
 /If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.  
 /「はい」に印した人は、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。

Назва захворювання (Впишіть номер із наведеного нижче переліку) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名 (下記リスト番号可)	Хід лікування/Treatment progress /治療経過		Назва лікарні/Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> Виліковано/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Припинення лікування /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> Лікується/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Не ліковано/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Виліковано/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Припинення лікування /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> Лікується/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Не ліковано/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Виліковано/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Припинення лікування /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> Лікується/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Не ліковано/Untreated/未治療	
	<input type="checkbox"/> Виліковано/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> Припинення лікування /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> Лікується/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> Не ліковано/Untreated/未治療	

< Перелік хвороб/List of diseases/疾患リスト >

Система хвороби /System of disease/疾患の系統		Назви хвороби/Disease names /疾患名			
①	Захворювання травної системи/Digestive disease /消化器系の疾患	a. Виразкова хвороба /Peptic ulcer /消化器潰瘍	b. Гепатит/Hepatitis /肝炎	c. Цироз печінки /Hepatic cirrhosis /肝硬変	d. Інше/Others/その他
②	Хвороба система кровообігу /Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. Гіпертонія /Hypertension/高血圧	b. Стенокардія/інфаркт міокарда /Angina pectoris /myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞	c. Аритмія/Arrhythmia /不整脈	d. Серцева недостатність /Heart failure/心不全 e. Інше/Others/その他
③	Захворювання органів дихання /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. Астма/Asthma/喘息	b. Хронічне обструктивне захворювання легень /Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患	c. Пневмонія/Pneumonia /肺炎	d. Туберкульоз легень /Pulmonary tuberculosis /肺結核 e. Інше/Others/その他
④	Нирково-урологічні захворювання /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. Хронічна ниркова недостатність /Chronic renal failure /慢性腎不全	b. Сечокам'яна (нирковокам'яна) хвороба /Renal/urinary stone /腎・尿管結石	c. Інфекція сечовивідних шляхів /Urinary tract infection /尿路感染症	d. Інше/Others/その他
⑤	Захворювання головного мозку та нервової системи /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. Ішемічний інсульт /Cerebral infarction /脳梗塞	b. Геморагічний інсульт /Cerebral hemorrhage /脳出血	c. Епілепсія/Epilepsy /てんかん	d. Інше/Others/その他
⑥	Ендокринне або метаболічне захворювання/Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. Цукровий діабет /Diabetes mellitus /糖尿病	b. Гіперліпідемія /Hyperlipidemia /高脂血症	c. Порушення функції щитоподібної залози /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害	d. Гіперурикемія /Hyperuricemia /高尿酸血症 e. Інше/Others/その他
⑦	Захворювання кісток або м'язів /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. Ревматоїдний артрит /Rheumatoid arthritis /関節リウマチ	b. Остеопороз /Osteoporosis /骨粗鬆症	c. Остеоартрит /Osteoarthritis /変形性膝関節症	d. Грижі міжхребцевих дисків /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア e. Подагра/Gout/痛風
⑧	Акушерсько-гінекологічні захворювання/Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患	a. Міоми матки /Uterine fibroids /子宮筋腫	b. Дисменорея /Dysmenorrhea /月経困難症	c. Безпліддя /Infertility/不妊症	d. Інше/Others/その他
⑨	Хвороба очей/Eye disease /眼の疾患	a. Катаракта/Cataract /白内障	b. Глаукома/Glaucoma /緑内障	c. Ретинопатія /Retinopathy/網膜症	d. Інше/Others/その他
⑩	Злоякісні утворення /Malignant tumor /悪性腫瘍	a. Рак шлунка /Stomach cancer/胃がん	b. Рак товстої кишки /Colon cancer/大腸がん	c. Рак печінки/жовчного міхура/підшлункової залози /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん	d. Рак молочної залози /Breast cancer/乳がん e. Рак матки /Uterine cancer /子宮がん
		f. Рак легень /Lung cancer/肺癌	g. Інше/Others/その他		
⑪	Психічні захворювання /Mental disease /精神の疾患	a. Депресія/Depression /うつ病	b. Шизофренія /Schizophrenia /統合失調症	c. Інше/Others/その他	
⑫	Отоларингологічні хвороби /ENT disease /耳鼻科の疾患	a. Погіршення слуху /Impaired hearing /難聴	b. Запаморочення /Dizziness/めまい	c. Шум у вухах /Ear noise/耳鳴	d. Пилкова алергія /Pollen allergy/花粉症 e. Інше/Others/その他
⑬	Захворювання крові /Blood disease /血液の疾患	a. Анемія/Anemia/貧血	b. Лейкемія/Leukemia /白血病	c. Інше/Others/その他	
⑭	Шкірні захворювання /Skin disease /皮膚の疾患	a. Атопічний дерматит /Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎	b. Лишай (грибкове захворювання ніг) /Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫)	c. Інше/Others/その他	

**Вам коли-небудь робили хірургічну операцію?/Have you ever had surgery?**

/今までに手術をしたことがありますか。

- Ні/No /いいえ       Так/Yes /はい

Якщо ви вказали «Так», напишіть історію хірургічної операції.  
/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。

Назви хвороб/Disease names /疾患名	Назва вашої хірургічної операції /Name of your surgery/手術名	Коли вам зробили хірургічну операцію /When you had the surgery /手術をした時期	Лікарня, де вам зробили хірургічну операцію /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

\*Якщо ви не впевнені щодо точної дати хірургічної операції, укажіть рік або вік.

/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。

**Ви палите регулярно?/Do you smoke regularly?**

/習慣的に、たばこを吸いますか。

- Ні/No /いいえ       Так/Yes /はい       Раніше палив/ла/Used to smoke /以前吸っていた

Споживання сигарет /Cigarette consumption/喫煙量	Тривалість паління/Duration of smoking /喫煙期間	Рік, коли ви кинули палити /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____ сигарет(-а, -и) на день cigarettes/Day 本/日	_____Рік/Year/年	_____Рік/Year/年 _____Місяць/Month/月

\*Якщо ще палите, то залиште порожнє місце у питанні про рік, коли ви кинули палити.

/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。

**Ви регулярно п'єте алкогольні напої?/Do you drink regularly?**

/習慣的にお酒を飲みますか。

- Ні/No /いいえ       Так/Yes /はい       Раніше регулярно пив/ла/Used to drink regularly /以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Пиво/Beer/ビール _____ мл/день/ml /Day/日	<input type="checkbox"/> Віскі/Whisky/ウイスキー _____ мл/день/ml /Day/日
<input type="checkbox"/> Японське sake /Japanese sake/日本酒 _____ мл/день/ml /Day/日	<input type="checkbox"/> Вино/Wine/ワイン _____ мл/день/ml /Day/日
<input type="checkbox"/> Інше/Other(s)/その他 _____ мл/день/ml /Day/日	

**Якщо ви жінка, дайте відповідь на наведені нижче запитання нижче. Ви вагітні чи можете бути вагітні?**

/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。

- Ні/No /いいえ       Так/Yes /はい       Не знаю/Do not know/わからない

**Ви годуєте груддю?/Are you breastfeeding?**

/現在、授乳中ですか。

- Ні/No /いいえ       Так/Yes /はい

**Якщо у вас є особливі побажання щодо консультації, вкажіть.**

/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。

- Я хочу, щоб мене заздалегідь інформували про передбачувані медичні витрати.  
/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。
- Я хочу мати перекладача, якщо є послуга перекладача.  
/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。
- Інше/Other(s)/その他 :