

Kamol Hospital Evaluation Form

ガモン・ホスピタル問診票

注意：可能なかぎり英語で記入してください。
 英語がわからないところはインターネットで Google 翻訳などすれば、ほぼわかります。
 必ずすべての項目に回答を記入してお持ち下さい。

Patient's Name: 患者の名前(ローマ字)	Last Name(名前)	First Name(苗字)
Address (Home): 現住所	〒	
Address (Mailing): 郵送先 (現住所とは別の郵送先がある場合のみ記入)		
Phone: 電話番号 (国番号や国際電話番号は不要)	()	
Fax: ファックス番号 (無ければ未記入)	()	
E-mail: メールアドレス	@	
Expected Date of Surgery: 手術日	Day(日)	Month(月) Years(年/西暦)
Expected List of Surgery: 希望する手術名 (右の項目を○で囲んでください。無い場合は記入して下さい。)	MTF <ul style="list-style-type: none"> ・造脛なし=SRS1 (No vagina) ・陰茎+陰囊皮膚移植法=SRS2 (Scrotal Skin Graft Technique) ・開腹法による S 字結腸=SRS3 (Open technique) ・腹腔鏡による S 字結腸法=SRS (Laparoscopic technique) ・豊胸=Mammoplasty ・内視鏡による豊胸=Mammoplasty (Endoscope) ・顔の女性化手術=FFS 	
	FTM <ul style="list-style-type: none"> ・乳房切除= Mastectomy ・開腹による子宮卵巣摘出= Oophorectomy and Hysterectomy by Open Technique ・腹腔鏡による子宮卵巣摘出= Oophorectomy and Hysterectomy by Endoscope ・膣式による子宮卵巣摘出= Oophorectomy and Hysterectomy by V Technique ・陰核陰茎形成(ミニペニス)=Metoidioplasty Vaginal Closure 膣閉鎖/ Scortoplasty 陰囊形成 / Urethra Lengthening 尿道延長 Preparing urethra at forearm / fibula flap 尿道形成 ・下腿皮弁陰茎形成= Fibula Phalloplasty / 前腕皮弁陰茎形成= Forearm Phalloplasty ・大腿陰茎形成= Thigh flap Phalloplasty 	
	その他：	

Personal Background:個人情報			
Date of Birth:誕生日	Day(日)	Month(月)	Years(年/西暦)
Gender:ジェンダー (パスポート上の性別)	Male (男性) / Female (女性)		
Place of Birth: 生まれた場所 (City, State/Province, Country)	City (市町村)	Province (県)	
Nationality/Citizenship: 国籍	Japanese (日本)		
Ethnicity: 民族	Japanese (日本)		
Height: 身長	cm		
Weight: 体重	kg		
Date Began Full-Time Real Life (RLT): フルタイムの開始日(自認性で生活を初めた日)	Month (月)	Years (年)	
Current Clinical Treatment: (if yes, Clinician's Name): 治療中のクリニック名と医師名	No / Yes Clinic(病院名) Doctor(医師名)		
Clinical Diagnosis of Gender Dysphoria or Transsexualism: (Doctor' name) Psychiatrist (MD), psychiatric social worker (PhD), or clinical psychologist (PhD). ジェンダークリニック名と医師やカウンセラーの名前	No / Yes Clinic(病院名) Doctor(医師名)		
Date Began Hormones and Trademark Name: ホルモン治療暦とホルモン名	_____ Years(年)	Hormone name(ホルモン名)	
Preoperative Conditions: (Not circumcised/Circumcised) 割礼(包茎手術)の有無	No / Yes		
Other General Surgery: 一般外科手術経験 (if yes, details)ある場合は手術名	No / Yes		
Other Previous Plastic Surgery:美容整形の経験 (ある場合は手術部位)	No / Yes		
Have Biological Brothers/Sisters:(if yes, how many) 兄弟姉妹の有無と人数	No / Yes	_____ Persons(人)	
Have Biological Daughters/Sons: 実子の有無 (娘 / 息子) (if yes, how many)ある場合は人数	No / Yes		
Marital Status: 婚姻状態 (Single, Married, Separated, or Divorced)	Single(独身)	Married(既婚)	Separated or Divorced((離婚又は死別)

Contact Person: 緊急連絡先 (Address, E-mail, Tel, Fax in Case of Emergency)	Address(住所) Tel,
---	-------------------------

Medical Background: 医学的情報	
Medical Conditions: 既往症(現在治療中の病気) (if yes, details and medication) ある場合は病名と状態	No / Yes
Previous Stroke: 脳梗塞 (if yes, details and medication) ある場合は症状と状態	No / Yes
Previous Deep Vein Thrombosis (DVT): 深部静脈血栓症 (if yes, details and medication) ある場合は症状と状態	No / Yes
High Blood Pressure: 高血圧 (if yes, details and medication) ある場合は症状と状態	No / Yes
Diabetes: 糖尿病 (if yes, details and medication) ある場合は症状と状態	No / Yes
Psychiatric Conditions: 精神病 (GIDを除く) (if yes, details) ある場合は病名	No / Yes
Heart Disease: 心臓病 (if yes, details and medication) ある場合は症状と状態	No / Yes
Haemolytic Disease: 血液に関する病気の有無 (if yes, details and medication) ある場合は病名と状態	No / Yes
Asthma: 喘息 (if yes, details and medication) ある場合は症状と状態	No / Yes
Allergic Conditions: アレルギーの有無 (e.g. Food, Drug, etc)食べ物や薬など	No / Yes
Hair Removal: 脱毛歴の有無 (if yes, details)ある場合は部位名	No / Yes
Smoking: 喫煙	No / Yes
Alcohol: 飲酒	No / Yes

Currently taking or using drugs : 現在服用または使用中の薬

(商品や製品名ではなく薬剤名か成分名を英語で記入して下さい。英語名がわからない場合はインターネットで検索すればわかります。)

Allergic to medication or food: 食べ物や薬のアレルギーの有無 (Yesの場合はアレルギーを起こす薬剤名や食材名を記入して下さい。)	No / Yes