



할수 있는대로 최대한 영어로 작성해 주시기 바랍니다

환자 정보/Patient Information

이름/Name: _____ 생년월일/Date of Birth: _____

주소/Address: _____

집 전화번호/Home Phone: _____ 핸드폰/Cell Phone: _____

이메일/Email Address: _____ 혼인 여부/Marital Status: _____

소셜 번호/Social Security: _____ 인종/Race: _____

선호하는 언어/Preferred Language: _____ 민족/Ethnicity: _____

직장 이름/Employer Name: _____ 직장 전화번호/Employer Phone: _____

직장 주소/Employer Address: _____

긴급 연락처/Emergency Contact

이름/Name: _____ 환자와 관계/Relationship to Patient: _____

전화번호/Phone Number: _____

주치의 정보/Physician Information

의사 이름/Primary Care Physician: _____ 전화번호/Phone Number: _____

주소/Address: _____

추천한 의사/Referring Doctor: _____ 전화번호/Phone Number: _____

주소/Address: _____

약국이름/Pharmacy Name: _____ 전화번호/Phone Number: _____

주소/Address: _____

위 사항은 본인이 아는 한 모두 진실이며 필요한 정보를 다 작성하였습니다. 본인은 모든 서비스에 대해 지불해야 할 책임이 있음을 이해하며 이 병원 전문의에게 추천 의사와 의료 정보를 교환 할수있는 권한을 부여합니다. 또한 본인은 본인의 의료기록을 본인의 보험회사에 공개하여 환급받을 권한을 위임합니다.

서명/Signature: _____ 날짜/Date: _____



의료 정보 공개 권한 부여/Authorization for the Release of Protected Health Information

환자 이름/Patient Name: _____

생년월일/Date of Birth: _____ 전화번호/Phone Number: _____

기록 방출/Release to- 기록 요청 Obtain from:

저는 Advanced Urology 에게 아래에 지시 된대로 의료 정보를 공개나 정보를 받는 권한을 부여합니다./ I authorize representatives from Advanced Urology to release or obtain the health information as directed below.

본인/Self (patient)

Obtain from / Release to:

병원/Facility: _____

주소/Address: _____

전화번호/Phone Number: _____

팩스 번호/Fax Number: _____

Advanced Urology
1555 & 1557 Janmar Road, Snellville, GA 30078
10730 Medlock Bridge Road, Johns Creek, GA 30097
2711 Irvin Way, Decatur, GA 30030
Phone: (678) 344-8900 Fax: (678) 666-5201

이 요청은 다음 사항에 적용됩니다/ This request applies to:

- 모든 의료 정보/All health care information
- 의료 정보, 다음 치료, 상태, 날짜/Healthcare information relating to the following treatment, condition, or dates: _____
- 기타/Other : _____

서명/Signature: _____ 날짜/Date: _____



의료 정보 공개 허가/Authorization to Release Medical Information

환자 이름/Patient Name: _____

생년월일/Date of Birth: _____ 전화번호/Phone Number: _____

본인은 Advanced Urology 가 다른 사람/가족에게 의료 정보를 공개하는것을 허락합니다 (이것은 비상시 연락망과 의료 정보 공개와는 다른 서류입니다)

I authorize Advanced Urology to release my medical information to another person/family member. (This is separate from Emergency Contact and also does not include Doctors, see previous page for Medical Release)

예/Yes 아니/No (If Yes/원하시면) 이름/Name: _____

관계/Relationship: _____ 전화번호/Phone Number _____

예/Yes 아니/No (If Yes/원하시면) 이름/Name: _____

관계/Relationship: _____ 전화번호/Phone Number _____

예/Yes 아니/No (If Yes/원하시면) 이름/Name: _____

관계/Relationship: _____ 전화번호/Phone Number _____

서명/Signature: _____ 날짜/Date: _____



지불 정책/Payment Policy

를 선택해 주셔서 감사합니다. 우리는 우수하고 재정적으로 감당할 수 있는 의료 서비스를 제공하기 위해 최선을 다 할
것입니다. 몇몇 환자분들이 여기서 받는 의료 서비스에 대한 보험 책임에 대해 궁금해 하셔서 보험 정책을
작성하였습니다. 읽어보시고 궁금하신 점이 있으시면 물어보신 후 빈칸에 서명해 주시기 바랍니다. 환자분이 요청하시면
사본도 드립니다.

1. **보험.** 우리는 메디케어를 포함한 대부분의 보험을 받습니다. 환자분의 보험 종류나 혜택은 본인이 아셔야
하며 그에 대한 책임은 환자분이 지십니다. 보험에 관련되 궁금한것은 보험회사에 연락해 보시기
바랍니다.
2. **코페이먼트와 디닥터블.** 코페이먼트와 디닥터블은 당일에 다 지불하셔야 합니다. 이 방식은 보험
회사와의 계약 일부입니다.
3. **보험이 커버되지 않는 서비스.** 메디케어나 보험 회사가 커버하지 않는 서비스는 서비스 받는 그 날 돈을
모두 지불 하셔야 합니다.
4. **보험 증서.** 모든 환자는 의사의 진료를 받으시기 전에 환자 정보 양식을 작성해야 하며, 운전 면허증과
유효한 보험 카드를 제공해야 합니다. 만약 올바른 보험 정보를 제공하지 못한 경우, 환자분이 진료비를
부담하셔야 합니다.
5. **클레임 제출.** 우리는 진료비를 보험회사에 청구할 것이며 청구 금액이 지불되도록 도움을 드릴 것입니다.
간혹 보험 회사 측에서 환자분께 직접 필요한 정부를 요구할 때가 있는데 그런 정보는 환자분께서 책임
지시고 보내주셔야 할 부분 입니다. 보험 회사가 청구 금액을 지불하지 않을 경우, 그 금액은 환자분께서
책임지고 지불하셔야 합니다. 보험 혜택은 보험 회사와 환자분 사이에 맺어진 계약입니다; 저희 병원은 그
계약에 포함되 있지 않습니다.
6. **보험 커버러지가 바뀐경우.** 보험이 바뀌실 경우 다음 예약전에 알려주시면 최대한의 혜택을 받을 수
있도록 도와드리겠습니다.



ADVANCED UROLOGY

Jitesh Patel, M.D., Mukesh Patel, M.D., Tariq Hakky, M.D.,
 Vishal Bhalani, M.D., Derek Prabharasuth, M.D.,
 A. Dev Mally, M.D., Neal Patel, M.D., Naveen Arora, M.D.,
 T. Casey McCullough, D.O., Karl Pete, M.D., Himanshu Aggarwal, M.D.
 1555 & 1557 Janmar Road, Snellville, GA 30078
 10730 Medlock Bridge Road, Johns Creek, GA 30097
 2711 Irvin Way, Decatur, GA 30030
 501 Crown Pointe Way, Lawrenceville, GA 30046
 Phone (678) 344-8900 Fax (678) 666-5201
 Email: info@urologygeorgia.com

7. **미납 금액.** 미납금을 90 일 이상 넘기시게 되면, 20 일 안으로 완납하셔야 한다는 고지서를 받게 되십니다.
 계속 지불하지 않으실 경우 콜렉션으로 넘어가게 됩니다.
8. **예약하고 안오시면.** 병원 정책상 미리 연락하지 않고 예약 시간에 안 오시는 환자분께는 추가로 금액을 청구하게 되있습니다. 환자분에게 더 좋은 서비스를 하기 위해서 예약 시간을 꼭 지켜주시시오.

우리 병원은 환자분들께 최선의 치료 방법을 드릴 것을 약속 드립니다. 진료비는이 통상적이고 주변 지역과 크게 다르지 않습니다.

보험 정책을 읽었고 이해했으며 동의합니다.

이 정책에 관해 부수적인 정보가 필요하시거나 질문이 있으시면 아래로 연락주세요:

Advanced Urology Business Office Monday – Friday 8am-5pm 678.344.8900 ext. 802

서명/Signature: _____ 날짜/Date: _____



ADVANCED UROLOGY

Jitesh Patel, M.D., Mukesh Patel, M.D., Tariq Hakky, M.D.,
 Vishal Bhalani, M.D., Derek Prabharasuth, M.D.,
 A. Dev Mally, M.D., Neal Patel, M.D., Naveen Arora, M.D.,
 T. Casey McCullough, D.O., Karl Pete, M.D., Himanshu Aggarwal, M.D.
 1555 & 1557 Janmar Road, Snellville, GA 30078
 10730 Medlock Bridge Road, Johns Creek, GA 30097
 2711 Irvin Way, Decatur, GA 30030
 501 Crown Pointe Way, Lawrenceville, GA 30046
 Phone (678) 344-8900 Fax (678) 666-5201
 Email: info@urologygeorgia.com

이름/Name: _____ 생년월일/Date of Birth: _____

Advanced Urology 를 소개한 의사가 있나요/Referring Doctor: _____

심장전문의를 보시나요?/Do you have a cardiologist? **YES NO**

만약에 있으시면 이름을 적으세요./If yes, please list their name: _____

오늘 무슨일로 오셨나요? / What is the Reason for your visit today? _____

어떤 약에 대한 알러지가 있나요?:
 Please list any medication allergies:

약 알러지에 대한 반응:
 Reaction to Medication:

다른 알러지/ Other Allergies: _____

복용중인 약이 있나요? Do you take any medications: **YES NO**

현재 복용중인 약을 모두 쓰세요 (처방약이나, 일반 의약품)/Please list all medication(s) including dosage (prescription, over the counter, and herbal): _____

환자의 병력을 적어주세요./ Please list all significant medical history: _____

수술했던 기록을 적으 주세요./ Please list all prior surgeries including the year: _____

여자/WOMEN: 다음 질문들 대답해주세요/Please complete the following:

임신한 횟수/Number of pregnancies: _____ 제왕절개/Number of Cesarean Sections: _____

자연분만/Number of vaginal Deliveries: _____ 지금 임신중이신가요?/Are you currently pregnant? **YES NO**

혈액 응고 억제제 (혈액 희석제)를 드시고 계신가요?/Do you take prescription blood thinners? **YES NO**

아스피린이나 소염제를 매일 드시고 있나요?/Do you take aspirin or anti-inflammatory medicines every day? **YES NO**

심장 판막 치환술을 한적이 있나요?/Have you had a heart valve replacement? **YES NO**

관절 수술 한적이 있나요?/Have you had a joint replacement? **YES NO**

라텍스에 대한 알러지가 있나요?/Are you allergic to latex? **YES NO**

정맥 조영제에 알러지가 있나요?/Are you allergic to intravenous contrast (dye)? **YES NO**

사회 생활력/ Social History:

혼인여부/Current Marital Status: S M W D

담배를 피우시나요/Do you use tobacco products? **YES NO**

종류/Type: _____

하루에 몇갑?/Packs/day: _____

얼마동안 흡연하셨나요?/How many years? _____

금연을 시도한 적이 있나요?/Tried to quit? _____

금연한지 얼마나 됐나요?/Years since you quitting? _____

간접 흡연자 이신가요?/Passive Smoke exposure? _____

직업/ Occupation: _____

음주 하시나요?/ Do you drink alcohol: **YES NO**

맥주(Beer) 와인(Wine) 독주 (Liquor)

매일 매주 매달 모임있을때 가끔

(Daily Weekly Monthly Socially Rarely)

음주량/Amount: _____

마지막으로 음주하신게 언제인가요?/Last drink? _____

사전 의료 지시 (사전 의사 결정권)/Advanced Directive: **YES NO**

가족분 중 아래 질병에 진단받으신 분이 계신가요?/ Do you have a family history of any of the following: **(동그라미로**

표시하세요/Circle all that apply)

혈액 질환/ Blood Disease

전립선 비대증/ Prostate Enlargement

발작 장애/ Seizure Disorder

갑상선 장애/ Thyroid Disorder

방광염/ Urinary Tract Infection

습진/Eczema

관상 동맥 질환/Coronary Artery Disease

염증성 장 질환/Inflammatory Bowel Disease

요로 결석/ Urolithiasis(Urinary Tract Stones)

고지혈증/Hyperlipidemia

신부전증/Renal Failure

고혈압/ Hypertension(HBP)

뇌출혈/ Stroke

편두통/ Migraines

당뇨병/Diabetes

암/Cancer: 유형/Type:

1. _____

2. _____

가족 중 누가 / Which Family Member:

1. _____

2. _____

기타/Other: _____

Review of Systems

Constitutional

식욕 변화/Change in Appetite	YES	NO
오한/Chills	YES	NO
피로/Fatigue	YES	NO
열/Fever	YES	NO

Eyes

흐려진 시야/Blurred Vision	YES	NO
시력 변화/Changes in Vision	YES	NO

ENT

두통/Headaches	YES	NO
코 막힘/Nasal congestion	YES	NO
콧물/Runny nose	YES	NO
부비강 통증/Sinus pain	YES	NO
인후염/Sore throat	YES	NO

Breast

추가 증상/Additional symptoms	YES	NO
혹/Lumps	YES	NO
유두 분비물/Nipple discharge	YES	NO
부어오름/Swelling	YES	NO
유연함/Tenderness	YES	NO

Cardiovascular

심장 잡음/Cardiac murmurs	YES	NO
흉통/Chest pains	YES	NO
부정맥/Irregular heartbeat	YES	NO

Respiratory

호흡 통증/Painful respiration	YES	NO
호흡곤란/Shortness of breath	YES	NO
천명(쌩쌩거림)/Wheezing	YES	NO

Gastrointestinal

복통/Abdominal pain	YES	NO
혈변 Blood in stool	YES	NO
설사/Diarrhea	YES	NO
식욕감퇴/Loss of appetite	YES	NO
구역질/Nausea	YES	NO
구토/Vomiting	YES	NO

Allergic-Immunologic

피부 알러지/Allergic Dermatitis	YES	NO
빈번히 아픔?/Frequent Illness	YES	NO
부비강 알러지/Sinus Allergy Symptom	YES	NO

Genito-Urinary

성욕 감소/Decreased sex drive	YES	NO
약뇨(배뇨줄기감소)/Decreased stream	YES	NO
배뇨곤란/Difficulty voiding	YES	NO
월경통/Dysmenorrhea (painful periods)	YES	NO
배뇨통증/Dysuria (painful urination)	YES	NO
빈뇨(잦은배뇨)/Frequency of urination	YES	NO
발기부전/Impotence	YES	NO
요실금/Incontinence	YES	NO
야뇨증/Nocturia	YES	NO
배뇨 말 요점적 (배뇨후 지림)/Post void dribbling	YES	NO
폐뇨/Retention	YES	NO
음낭 통증/Scrotal pain	YES	NO
요절박 (소변을 못참음)/Urgency	YES	NO
질 분비물/Vaginal discharge	YES	NO

Neurological

두통/Headaches	YES	NO
조화운동불능(협동장애)/Incoordination	YES	NO
저림, 얼얼함 /Numbness or tingling sensation	YES	NO
발작/Seizures	YES	NO

Musculoskeletal

허리 통증/Back pain	YES	NO
뼈 통증/Bone pain	YES	NO
골절 통증/Joint pain	YES	NO
근육 통증/Muscle pain	YES	NO

Endocrine

추위 민감증/Cold intolerance	YES	NO
과도한 갈증/Excessive thirst	YES	NO
과도한 배뇨/Excessive urination	YES	NO
더위 민감증/Heat intolerance	YES	NO
체중증가 /Weight gain	YES	NO
체중감량 Weight loss	YES	NO

Hematology/Lymphatic

쉽게 피가 남/Easy bleeding	YES	NO
쉽게 멍이 듦/Easy bruising	YES	NO
임파선 비대/Lymph enlargement	YES	NO



빈도 Frequency

얼마나 자주 소변을 보시나요?

How frequently do you urinate?

- 매 1 시간 혹은 더 자주 / Every Hour or Less
- 매 1-2 시간마다 / Every 1-2 Hours
- 매 3-4 시간 마다 / Every 3-4 Hours
- 매 5-6 시간 마다 / Every 5-6 Hours
- 화장실에 자주 가지 않습니다
I do not go to the bathroom frequently

화장실에 자주 가는 증상이 얼마나 오래 됐나요?

How long have you had symptoms of frequent urination?

- 1 년 미만 / Symptoms for Less than 1 year
- 1 년정도 / Symptoms for the last year
- 2 년정도 / Symptoms for the last 2 years
- 3-5 년 / Symptoms for last 3-5 years
- 5 년 이상 / Symptoms for over 5 years

야뇨증 (밤에 화장실 가는 것) Nocturia

밤에 얼마나 자주 깨서 화장실 가시나요?

How often do you get up at night to urinate?

- 매 1 시간 혹은 더 자주 / Every Hour or Less
- 매 1-2 시간마다 / Every 1-2 Hours
- 매 3-4 시간 마다 / Every 3-4 Hours
- 매 5-6 시간 마다 / Every 5-6 Hours
- 저는 밤에 깨서 화장실 가지 않습니다 / I do not get up at night to urinate

밤에 깨서 화장실 가는 증상이 얼마나 오래됐나요?

How long have you had symptoms of night time urination?

- 저는 밤에 깨서 화장실 가지 않습니다 / I do not get up at night to urinate.
- 1 년 미만 / Symptoms for Less than 1 year
- 1 년정도 / Symptoms for the last year
- 2 년정도 / Symptoms for the last 2 years
- 3-5 년 정도 / Symptoms for last 3-5 years
- 5 년이상 / Symptoms for over 5 years

급뇨 (급하게 소변마려운 증상) Urgency

갑자기 소변이 마렵거나 꾸준히 소변이 마려워서 불편한 증상이 있으신가요?

Do you ever have the sudden or constant urge to urinate that is uncomfortable?

- 예, 급히 소변 마려운 느낌이 강하게 들때가 있고 불편합니다
Yes, I feel the urge to urinate that is strong and or uncomfortable
- 아니요, 급하게 소변 마려운 느낌이 들 때가 없습니다
No, I don't have any significant urgency with my urination

No, I don't have any significant urgency with my urination

자주 급하게, 꾸준히, 강하게 소변마려운 느낌이 드는 증상이 나타난지 얼마나 됐나요?

How often have you felt, sudden or constant, strong uncomfortable urges to urinate?

- 급하게 소변 마려운 느낌이 들지 않습니다
I do not feel uncomfortable urges to urinate
- 6 개월 혹은 그 미만 / Symptoms for 6 months of less
- 6 개월에서 1 년 사이 / Symptoms for 6 months to 1 year
- 2 년정도 / Symptoms for the last 2 years
- 5 년정도 / Symptoms for last 5

잔뇨감 Difficulty Emptying

소변을 보시고 난 후 방광에 소변이 남아있는 것 같은 잔뇨감이 있으신가요?

Do you have difficulty emptying or the feeling of incomplete emptying of your bladder?

- 예, 소변본 후 방광에 소변이 남아있는 것 같은 느낌이 듭니다
Yes, I have difficulty emptying my bladder
- 아니요, 잔뇨감은 없습니다
No, I do not have any difficulty emptying my bladder

소변 후 방광에 소변이 남아있는 것 같은 잔뇨감이 느껴지신지 얼마나 오래 됐나요?

How long have you had the feeling of difficulty or incomplete emptying of your urine?

- 잔뇨감은 없습니다 / I do not have difficulty emptying my urine
- 6 개월 혹은 그 미만 / Symptoms for 6 months of less
- 6 개월에서 1 년 / Symptoms for 6 months to 1 year
- 지난 2 년동안 / Symptoms for the last 2 years
- 5 년정도 됐습니다 / Symptoms for last 5

긴장성 요실금 Stress Incontinence

기침, 재채기, 웃음, 혹은 운동하실 때 소변이 세시나요?
Do you leak urine accidentally when cough, sneeze, laugh or exercise?

- 예 / Yes
- 아니요 / No

긴장성 요실금 증상이 있는지 얼마나 오래됐나요?
How long have you had leakage of urine when you cough, sneeze or laugh?

- 기침할때 소변이 세지 않습니다 / I do not have leakage when I cough
- 6 개월 혹은 그 미만 / Symptoms for 6 months of less
- 6 개월에서 1 년 / Symptoms for 6 months to 1 year
- 지난 2 년 / Symptoms for the last 2 years
- 5 년정도 됐습니다 / Symptoms for last 5

절박성 요실금 Urge Incontinence

소변이 마려워서 화장실 가는 사이에 소변이 샌 적이 있으신가요?
Did you leak urine accidentally when you develop the urge to urinate but cannot make it to the restroom in time?

- 예 / Yes
- 아니요 / No

소변 마려운 느낌이 들때 소변이 세는 증상이 있으신지 얼마나 오래 되셨나요?

How long have you had leakage of urine when you feel the urge?

- 소변 마려운 느낌이 들때 소변이 샌 적 없습니다 / I do not have urine leakage when I have the urge
- 6 개월 혹은 그 미만 / Symptoms for 6 months of less
- 6 개월에서 1 년 / Symptoms for 6 months to 1 year
- 지난 2 년동안 / Symptoms for the last 2 years
- 지난 5 년동안 / Symptoms for last 5 years

골반 통증 Pelvis Pain

골반 통증이 있으신가요?
Do you have Pelvic Pain?

- 예 / Yes
- 아니요 / No

패드 사용량 / Pad Usage

소변이 새서 패드나 기저귀를 사용하시나요?
Do you use pads or diapers for urinary leakage?

- 예 / Yes
- 아니요 / No

패드 사용량
Pad Usage

- 하루에 1-2 개 / 1-2 pads per day
- 하루에 2-4 개 / 2-4 pads per day
- 하루에 4-6 개 / 4-6 pads per day
- 하루에 6 개 이상 / >6 pads per day



복용양 Medications

과민성 방광을 위한 약을 처방받으신 적 있으신가요?
Have you been prescribed medications to treat overactive bladder?

- 예 / Yes
- 아니요 / No
- 모르겠습니다 / I don't know

과민성 방광을 위한 약을 복용중에 부작용을 겪으신 적 있으신가요?
Did you experience any side effects while on the medications?

- 예 / Yes
- 아니요 / No

예전에 복용 하셨거나 지금 복용하고 계신 약이 있다면
체크해주세요:
Please select any medications you have tried or are currently taking below:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Detrol LA | <input type="checkbox"/> Vesicare |
| <input type="checkbox"/> Ditropan XL | <input type="checkbox"/> Flomax |
| <input type="checkbox"/> Elavil | <input type="checkbox"/> Oxytrol Patch |
| <input type="checkbox"/> Elmiron | <input type="checkbox"/> Myrbetriq |
| <input type="checkbox"/> Enblex | <input type="checkbox"/> Cardura |

본인에게 해당하는 부작용이 있으시면 체크해주세요
Please select any side effect that applied to you

- 소변을 못봄 / Unable to urinate
- 방광에 소변을 비워내는 것이 힘들 / Difficulty Emptying my Bladder
- 안구건조 / Dry Eyes
- 입이 마름 / Dry Mouth
- 변비 / Constipation
- 녹내장이 있습니다 / I have Glaucoma
- 다른 부작용 / Other Side Effects

다른 치료법 Other Therapies

생활 습관을 바꾸시거나 다이어트, 운동 혹은 스트레스
줄이는 방법을 시도해 보신 적 있으신가요?
Have you tried Lifestyle Changes such as Diet, Exercise
and Stress Reductions?

- 예 / Yes
- 아니요 / No

방광 훈련을 해보신 적이 있나요?
Have you tried Bladder Training?

- 예 / Yes
- 아니요 / No

골반저 근육 훈련 운동/물리 치료법을 해보신 적이
있으신가요?
Have you tried Pelvic Floor Muscle Physical Therapy?

- 예 / Yes
- 아니요 / No