Medical Questionnaire (Ophthalmology)/ 問診票 (眼科)

Name /氏名		Sex /性別 □Male/男性 □Female/女性	
Date of birth (YYYY/MM/DD)/生年月日 Age	/年齢 Nationality/国籍	-1	
Conversation/会話 English/英語 □Not at all/全くできない □ Japanese/日本語 □Not at all/全くできない □	-	□No hindrance/支障なし □No hindrance/支障なし	
Special requirements for religious reasons \Box Nothing/ $\uparrow_{\mathbb{R}}$ \cup \Box (/宗教上のリクエスト)	
Status in Japan/日本滞在の状態 □ Resident/居住 □ Short-term stay/短期滞在	□Student/学生 □Othe	e r /その他 ()	
Address or accommodation in Japan/日本国内	の住所または宿泊施設	Phone No. /電話番号	
Japanese health insurance/日本の健康保険 □Insured/加入 □Insured but non-carrying	ng a card /保険証忘れ □]Uninsured/未加入	
Please check the appropriate boxes. / あている What symptoms do you have?/どのように □Pain in eye deep inside/眼の奥の痛み □Pain in eyelid or around eye/まぶれ	な症状ですか?		
□Discharge from eye/目やに	□Itchiness/カ>	wφι,	
□Swelling/はれもの	□Red eyes/充i		
		Something in eye/ごろごろする	
□Dry eyes/乾燥する □Watery eyes/涙が出る		-	
□Tired eyes/疲れる □Problems with glare/まぶしい			
·		/吐き気がある	
		vision /ゆがんで見える	
□Narrowing of visual field/視野が狭くなってきた □Floaters in v		vision/黒い点や蚊のようなものが見える	
□Flashes in a dark place/暗いところで □Blurry vision/見えにくい	火花のような光が出る感じがする		
)	
□Other/その他 ()	
In which eye do you have symptoms	//どの部位の症状ですか?		
□Right eye/右眼 □Left eye/左眼	□Both eyes/両眼		
When did the symptoms start?/いつから。	·		
(\	

Do you have a referral letter ☐Yes ☐No	? /紹介状はありますから	?	
Do you use any eyewear usu	ally?/普段、眼鏡やコン	ンタクトレンズを使いますか	ı ⁷ Š
	distance/遠用 er/その他(□For reading/近用	□Bifocal/遠近両用)
□Contact lenses→□1 da	y disposable/1 🛭	使い捨て $\Box 2~{ m we}$	eks disposable/2 週間使い捨
□1 m o	onth disposable/1	lヶ月使い捨て □ Not	disposable/使い捨てではない
→Product name of o	contact lenses/CI	」製品名()
→Are you wearing o	contact lenses n	ow?/今 CL をつけています	ナカゝ?
$\Box { m Yes}$	\square No		
Do any of your relatives have	e eye diseases?/	血縁で目の病気の人がいま	すか?
□Yes/いる→ Who/誰が()
→Disease/病名()
\square No/いない			
Have you previously had any	y of the diseases	s listed below?/ 今ま	でにかかった病気はありますか?
□Gastrointestinal/ 胃腸	□Liver/肝臓	□Heart/心臟	□Kidney/腎臟
□Respiratory/呼吸器	□Blood/血液	□Brai	n / neurological/ 脳・神経
□Cancer/æ □Thyr	oid gland/甲状腺	□Diabetes/糖尿	R病 □Other/その他
→Details/詳細 ()
Are you currently undergoin	g treatment for	any diseases?/ 現在	E治療中の病気はありますか?
□Gastrointestinal/ 胃腸	□Liver/肝臓	□Heart/心臟	□Kidney/腎臓
□Respiratory/呼吸器	□Blood/血液	\Box Brai	n / neurological/ 脳・神経
□Cancer/æ □Thyr	oid gland/甲状腺	□Diabetes/糖原	R病 □Other/その他
→Details/詳細 ()
Are you currently taking any	y medications?/	現在飲んでいる薬はありまっ	ナか?
\Box Yes/ \bowtie ()
□No/いいえ			
Have you ever had any eye s	urgery?/眼の手術を	受けたことがありますか?	
□Yes/はい →When?/いつですか	? ()
→type of surge	ery/手術名()
□No/いいえ			
Are you allergic to any foods of	or medications?/	薬や食べ物でアレルギーが、	でますか?
$\Box Yes/lit \longrightarrow ($)
□No/wwż			
Is there a possibility that you	are pregnant?/	妊娠していますか?	
$\Box Yes$ // \Rightarrow (months p	regnant)	
□There is a possibility./可能性:	がある		
□No/ いいえ			
Are you breastfeeding?/ 授乳中	ですか?		
□Yes//ttv			
□No/いいえ			