

OPHTHALMOLOGY

がん か もんしんひょう
眼科問診票

English
英語

Check all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year ねん 年 month がつ 月 day にち 日

Name 名前		<input type="checkbox"/> Male 男	<input type="checkbox"/> Female 女
Date of birth 生年月日	_____ year 年 _____ month 月 _____ day 日	Phone 電話	
Address 住所			
Do you have health insurance? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ	
Nationality 国籍		Language 言葉	

What are your symptoms? どうしましたか

right eye 右眼 left eye 左眼 both eyes 両眼 tearing 涙が出る
 pain 痛い mucous discharge 目やに swelling はれもの itching かゆい
 something stuck in the eye ゴロゴロする blurred vision 見えにくい
 double vision 物が二重に見える sensitivity to light まぶしい others その他

How long have you had these problems? それはいつからですか

Since _____ year 年 _____ month 月 _____ day 日から

Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか

Yes はい → medication 薬 food 食べ物 others その他 No いいえ

Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか

Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください No いいえ

Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 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 ヶ月 No いいえ

Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか

Yes はい No いいえ

Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか

Yes はい No いいえ

What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか

stomach and intestinal disorder 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 tuberculosis 結核 diabetes 糖尿病
 high blood pressure 高血圧症 AIDS/HIV エイズ thyroid problems 甲状腺の病気 syphilis 梅毒
 others その他

Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか

Yes はい No いいえ

Does anyone in your family have eye diseases? 家族で目の病気の人がありますか

Yes いる → who? 誰が _____ what? それはどんな病気ですか _____

No いない

Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか

Yes はい No いいえ