

OPHTHALMOLOGIE

がんかもんしんひょう
眼科問診票

français
フランス語

Cochez la case correspondante. あてはまるものにチェックしてください

Année 年

Mois 月

Jour 日

Nom 名前		<input type="checkbox"/> Homme 男	<input type="checkbox"/> Femme 女
date de naissance 生年月日	_____ Année 年 _____ Mois 月 _____ Jour 日	Téléphone 電話	
Adresse 住所			
Avez-vous une assurance santé? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Oui はい	<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Nationalité 国籍		Langue 言葉	

Symptômes どうしましたか			
<input type="checkbox"/> œil droit 右眼	<input type="checkbox"/> œil gauche 左眼	<input type="checkbox"/> Les deux yeux 両眼	<input type="checkbox"/> larmes 涙が出る
<input type="checkbox"/> douleur 痛い	<input type="checkbox"/> muqueuse 目やに	<input type="checkbox"/> gonflement はれもの	
<input type="checkbox"/> sensation de corps étranger ゴロゴロする		<input type="checkbox"/> vision floue 見えにくい	
<input type="checkbox"/> vision double 物が二重に見える		<input type="checkbox"/> éblouissements まぶしい	<input type="checkbox"/> autres その他
Depuis quand avez-vous ces symptômes? それはいつからですか			
Depuis _____ année 年 _____ mois 月 _____ jour 日から			
Etes-vous allergique à certains aliments et à certains médicaments? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい →	<input type="checkbox"/> médicaments 薬	<input type="checkbox"/> aliments 食べ物	<input type="checkbox"/> autres その他
		<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Prenez-vous des médicaments actuellement? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい →	Si vous en avez, montrez les moi. 持っていれば見せてください		<input type="checkbox"/> Non いいえ
Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい →	_____ mois ヶ月	<input type="checkbox"/> Non いいえ	
Allaitiez-vous votre enfant actuellement? 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ
Avez-vous eu des problèmes sous anesthésie? 麻酔をして何かトラブルがありましたか			<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ
Antécédents médicaux 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> maladie gastrique et intestinale 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> maladie hépatique 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> maladie cardiaque 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> maladie rénale 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> tuberculose 結核	<input type="checkbox"/> diabète 糖尿病	<input type="checkbox"/> asthme ぜんそく
<input type="checkbox"/> hypertension 高血圧症	<input type="checkbox"/> SIDA エイズ	<input type="checkbox"/> problème thyroïdien 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> syphilis 梅毒
<input type="checkbox"/> autres その他			
Souffrez-vous actuellement d'une maladie pour laquelle vous suivez un traitement? 現在治療している病気はありますか			<input type="checkbox"/> Oui はい <input type="checkbox"/> Non いいえ
Il y a un malade des yeux dans votre famille? 家族で目の病気の人がありますか			
<input type="checkbox"/> Oui いる →	Qui? 誰が _____	Quoi? それはどんな病気ですか _____	
<input type="checkbox"/> Non いない			
Lors d'un prochain rendez-vous, pouvez-vous être accompagné(e) d'un interprète? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> Oui はい		<input type="checkbox"/> Non いいえ	

