

# AUGENHEILKUNDE

がん か もんしんひょう  
眼科問診票

Deutsch  
ドイツ語

Bitte  alles Zutreffende ankreuzen. あてはまるものにチェックしてください

Jahr 年

Monat 月

Tag 日

Name 名前		<input type="checkbox"/> M 男	<input type="checkbox"/> W 女
Geburtsdatum 生年月日	_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日	Tel 電話	
Anschrift 住所			
Besteht eine Krankenversicherung? 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Ja はい	<input type="checkbox"/> Nein いいえ	
Staatsangehörigkeit 国籍		Sprache 言葉	

Grund des Arztbesuchs どうしましたか			
<input type="checkbox"/> rechtes Auge 右眼	<input type="checkbox"/> linkes Auge 左眼	<input type="checkbox"/> beide Augen 両眼	<input type="checkbox"/> Tränen 涙が出る
<input type="checkbox"/> Schmerzen 痛い	<input type="checkbox"/> Augenschleim 目やに	<input type="checkbox"/> Geschwulst はれもの	
<input type="checkbox"/> Gefühl, als sei ein Fremdkörper (Sand) im Auge ゴロゴロする		<input type="checkbox"/> Sehbeschwerden 見えにくい	
<input type="checkbox"/> Doppelt Sehen 物が二重に見える	<input type="checkbox"/> lichtempfindlich まぶしい	<input type="checkbox"/> Sonstiges その他	
Seit wann? それはいつからですか			
_____ Jahr 年 _____ Monat 月 _____ Tag 日から			
Bestehen Allergien gegen bestimmte Medikamente oder Lebensmittel? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Ja はい →	<input type="checkbox"/> Medikamente 薬	<input type="checkbox"/> Lebensmittel 食べ物	<input type="checkbox"/> Sonstiges その他 <input type="checkbox"/> Nein いいえ
Werden zur Zeit Medikamente eingenommen? 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Ja はい → Falls Sie die Medikamente bei sich haben, zeigen Sie sie bitte dem Arzt.		持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> Nein いいえ	
Besteht eine Schwangerschaft? 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Ja はい → _____ Monat ヶ月		<input type="checkbox"/> Nein いいえ	
Stillen Sie zurzeit? 授乳中ですか		<input type="checkbox"/> Ja はい	<input type="checkbox"/> Nein いいえ
Hatten Sie schon einmal eine Narkose? 麻酔をして何かトラブルがありましたか		<input type="checkbox"/> Ja はい	<input type="checkbox"/> Nein いいえ
Welche Krankheiten gab es in der Vergangenheit? 今までにかかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> Leberkrankheiten 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> Herzkrankheiten 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> Nierenkrankheiten 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> Tuberkulose 結核	<input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病	<input type="checkbox"/> Asthma ぜんそく
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck 高血圧症	<input type="checkbox"/> AIDS エイズ	<input type="checkbox"/> Hals(Schilddrüse) 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> Syphilis 梅毒
<input type="checkbox"/> Sonstiges その他			
Werden Sie derzeit wegen einer Krankheit behandelt? 現在治療している病気はありますか		<input type="checkbox"/> Ja はい	<input type="checkbox"/> Nein いいえ
Hat jemand in Ihrer Familie Augenkrankheiten? 家族で目の病気の人がありますか			
<input type="checkbox"/> Ja いる → Wer? 誰が _____ Welche? それはどんな病気ですか _____			
<input type="checkbox"/> Nein いない			
Können Sie ab dem nächsten Mal selbst einen Dolmetscher mitbringen? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> Ja はい		<input type="checkbox"/> Nein いいえ	

