Ophthalmology Inquiry Form 眼科問診票 ✓

Year 20 年 Month 月 Day 日

It is very important to know your medical history and state of health. All information given here is strictly confidential.
あなたの既往症と体調を事前に把握しておく事は大切な事です。個人情報の秘匿は守られます。

General Patient Information 患者の情報

フリガナ:
Last name 姓 | First name(s) 名

Male ◯男 Female ◯女 | Occupation 職業 | Nationality 国籍

Date of Birth 生年月日 Year: Month: Day:

Language(s) 言語

Phone number 電話

E-mail/fax メール・ファックス

Address in Japan 日本での住所

Eye Test 視力の検査

Do you wish to have an eye test? 視力の検査の受診希望
No ◯ Yes ◯

Chief Complaint(s) 主訴 *If none, go to next section*

- ◯ Pain in eye(s) 目が痛い
- ◯ Eye injury 目の外傷
- ◯ Bloodshot eye(s) 目の充血
- ◯ Watery eye(s) なみだ目
- ◯ Discharge from eye(s) 目やに
- ◯ Foreign body in eye(s) 目の異物
- ◯ Blurred vision かすみ目
- ◯ Double vision 複視
- ◯ Sensitivity to bright light まぶしい
- ◯ Tired eyes 疲れ目
- ◯ Headache 頭痛

◯ Other (please write) 他

Which eye? どちらの目 Left eye ◯ 左の目 Right eye ◯ 右の目

How long have you had this? どのくらい？ ____ hour(s) 時間 ____ day(s) 日間 ____ week(s) 週間 ____ month(s) ヶ月 ____ year(s) 年間

Please write any other general eye problems you have. 他に気になることを書いて下さい

Eyesight Correction 視力矯正

How is your eyesight? 視力は？ Near(short)sighted ◯ 近視 Far(long)sighted ◯ 遠視 Good vision ◯ 良好

Do you wear glasses? メガネをかけていますか No ◯ Yes ◯

Do you wear contact lenses? コンタクトレンズをしていますか No ◯ Yes ◯

Have you had vision-correcting eye surgery? 視力矯正手術 No ◯ Yes ◯

Illness and Surgical History 既往歴、手術歴

Please select any illnesses you have had. 該当する疾患に印をつけて下さい

- ◯ High blood pressure 高血圧
- ◯ Diabetes 糖尿病
- ◯ Heart disease 心疾患
- ◯ Cerebrovascular disease 脳血管疾患
- ◯ Kidney disease 腎臓病
- ◯ Liver disease 肝臓病
- ◯ Thyroid problems 甲状腺異常
- ◯ Asthma 喘息
- ◯ Convulsions or Epilepsy けいれん・てんかん
- ◯ Tuberculosis 結核
- ◯ Hepatitis B or C B/C型肝炎
- ◯ HIV エイズ

◯ Other (please write) 他

Have you had any operations before? 手術暦
No ◯ Yes ◯ → What? 何の手術

Have you had a blood transfusion? 輸血暦
No ◯ Yes ◯ → What was it for? 何の為

Do you tend to bleed much? 出血傾向 No ◯ Yes ◯ Not sure ◯ わからない

Go to REVERSE SIDE

Family History 家族歴

Please select any illnesses your immediate family have had. 親族での

◯ High blood pressure 高血圧 ◯ Kidney disease 腎臓病 ◯ Cancer 癌
◯ Diabetes 糖尿病 ◯ Liver disease 肝臓病 ◯ Hereditary diseases 遺伝子関連疾患

◯ Other (please write) 他

Allergies アレルギー

Have you ever been allergic to anything? (medicine, food, other) アレルギーの有無（薬、食べ物、他）
No◯ Yes◯ What? 何に

Have you had side effects caused by medicine? 薬の副作用の有無
No◯ Yes◯ Which medicine? 薬名

Have you had problems after having a local or general anesthetic? 全身又は局所麻酔歴
No◯ Yes◯ What? 何に

Questions for Women 女性への質問

Are you pregnant? 妊娠していますか
No◯ Yes◯ Not sure◯ わからない

Are you currently breastfeeding? 今、授乳中ですか
No◯ Yes◯

Are you taking contraceptive pills? 今、避妊用のピルを服用してますか
No◯ Yes◯

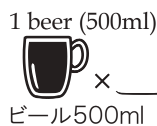
Medication 薬

Are you currently taking any prescribed or over-the-counter medicine(s)? 今、処方薬又は売薬を服用していますか
No◯ Yes◯ Which medicine(s)? 何の薬を
◯Bufferin ◯Aspirin ◯Warfarin ('Coumadin,' 'Warfilone,' 'Marevan')
◯Other: Please write the medicine name(s). 薬名を具体的に書いて下さい

□ □ □□Why are you taking it/them? 何の為

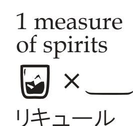
Alcohol and Tobacco お酒とタバコ

Do you regularly drink alcohol? お酒を定期的に飲みますか
No◯ Yes◯ How much in 1 week? 週にどのくらい？ →

1 beer (500ml)

× ___
ビール500ml

1 glass of wine

× ___
グラスワイン

1 measure of spirits

× ___
リキュール

Other: その他 ___

Do you smoke? タバコは吸いますか
No◯ Yes◯ How many a day? 一日に___本 How long have you smoked? どのくらい ___months ヶ月間 ___years 年間

Did you smoke before? 以前に吸ったことありますか
No◯ Yes◯ How many a day? 一日に___本 When did you stop? いつやめましたか ___months ago ヶ月前 ___years ago 年前

Treatment Preferences and Medical Fees 治療の希望と医療費

Do you have Japanese Health Insurance or private medical insurance? 日本の保険証又は他の私的医療保険証をお持ちですか
No◯ Yes◯

Do you only want treatment for your main problem? 現在困っている問題の治療のみ希望しますか
No◯ Yes◯ Not sure◯ わからない

Please return this form. Thank you.

© F. Sakao & R. Conroy 2013