

## नेत्र विज्ञान प्रश्नावली/Ophthalmology Questionnaire/眼科 問診票

मरीज का नाम /Name of patient /患者氏名		केवल स्टाफ के लिए /For staff only /医療機関記入欄	BT= °C
जन्म की तारीख /Date of birth /生年月日 (西暦)	साल /Year/年 ( महीना /Month/月 दिन /Day/日 आयु/Years old/歳)		PR= मि./min./分 BP= एमएमएचजी/mmHg RR= मि./min./分 SPO2= %
ऊंचाई/वजन/Height/Weight/身長・体重	cm kg	लिंग/Sex/性別	<input type="checkbox"/> पुरुष/Male/男性 <input type="checkbox"/> महिला/Female/女性
एलर्जी /Allergies/アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> खाना/Food(s)/食べ物: <input type="checkbox"/> दवा/Medicine/薬:		

आप जिस लक्षण के लिए यहां आए हैं, उसका अनुभव कहां हो रहा है?/Where are you experiencing the symptom you are here for?  
/今日は何の部位の症状でこられましたか

- दाहिनी आंख  
/Right eye/右眼
- बाई आंख  
/Left eye/左眼
- दोनों आंखें  
/Both eyes/両眼
- आंखों के आसपास  
/Around the eyes  
/眼の周囲
- पलक/Eyelid/瞼

आज समस्या क्या है? (जो भी लागू हो उसकी जाँच करें)/What is the problem today?(Check all that apply.)  
/今日は何のような症状がありますか。(複数ある方は複数☑してください。)

- आँखों के आसपास  
/Blurred vision  
/見えにくい
- आँख से स्राव  
/Eye discharge/目やに
- खुजली  
/Itchiness/かゆみ
- सूजन  
/Swelling/腫れ
- आँख का दर्द  
/Eye pain/眼の痛み
- सूखी आँखें/Dry eyes  
/眼が乾燥する
- आँख में विदेशी शरीर की अनुभूति  
/Foreign-body sensation in the eye/  
/眼の異物感
- दोहरी दृष्टि  
/Double vision  
/物が二重に見える
- विकृत दृष्टि  
/Distorted vision  
/物が歪んで見える
- चकाचौंध  
/Glaring/まぶしい
- पानीदार  
/Watery eyes/涙が出る
- दृष्टि की कमी  
/Lacking vision  
/視界が欠けて見える
- दृष्टि में तैरता हुआ  
/Floaters in vision  
/黒い点が見える
- खरोंच  
/Rash/できもの
- लाल आँखें  
/Red eyes/充血
- दृष्टि में उज्वल स्थान  
/Bright spot in vision  
/視野にキラキラした光が見える
- आँख में विदेशी शरीर  
/Foreign-body in the eye  
/眼の中に何かが入った
- अपनी आँख में मौजूद विदेशी वस्तु का नाम लिखें।  
/Write the name of the foreign object in your eye.  
/眼の中に入ったものを書いてください:
- मुझे किसी अन्य क्लिनिक/अस्पताल ने (या नियमित जाँच के दौरान) यहां आने की सलाह दी थी।  
/I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here.
- अन्य/Other(s)  
/その他:

लक्षण कब शुरू हुआ?/When did the symptom start?  
/この症状はいつからありますか。

साल  
/Year  
/年

महीना  
/Month  
/月

दिन  
/Day  
/日

लगभग इससे/From about \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ पूर्वाह्न/am/अपराह्न/pm  
午前・午後 時 分ごろから

क्या आप वर्तमान में विटामिन और पोषण संबंधी अनुपूरक सहित कोई दवा ले रहे हैं?  
/Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?  
/現在、飲んでる薬はありますか? ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含まれます。

- नहीं/No  
/いいえ
- हाँ/Yes  
/はい

\*हमें अपनी दवा या दवा रिकॉर्ड (नोटबुक) दिखाएं।

/Show us your medication or medication record (notebook).

/お薬、もしくは「お薬手帳」を持っている方は、見せてください。

①	दवाओं का नाम /Name of medications /お薬の名前	अपनी दवा कैसे लें या उपयोग करें /How to take or use your medication /飲み方・使い方	⑥	दवाओं का नाम /Name of medications /お薬の名前	अपनी दवा कैसे लें या उपयोग करें /How to take or use your medication /飲み方・使い方
②			⑦		
③			⑧		
④			⑨		
⑤			⑩		

क्या आप पहले किसी डॉक्टर की देखरेख में रहे हैं या रह चुके हैं?/Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past?  
/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか?

नहीं/No  
/いいえ

हां/Yes  
/はい

यदि आपने "हां" चेक किया है, तो सूची से स्थिति चुनें, और उस अस्पताल का नाम लिखें जहां आपने उपचार प्राप्त किया था।  
/If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment.  
/「はい」に印した人は、疾患名リストから選択し、治療していた医療機関名を書いてください。

रोग का नाम (निम्नलिखित सूची से संख्या लिखें)/Name of disease (Write the number from the following list)	उपचार की प्रगति/Treatment progress /治療経過	अस्पताल का नाम/Hospital name /医療機関名
	<input type="checkbox"/> स्वस्थ होनेवाला/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> उपचार वापस लेना /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療
	<input type="checkbox"/> स्वस्थ होनेवाला/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> उपचार वापस लेना /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療
	<input type="checkbox"/> स्वस्थ होनेवाला/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> उपचार वापस लेना /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療
	<input type="checkbox"/> स्वस्थ होनेवाला/Recovered/治癒 <input type="checkbox"/> उपचार वापस लेना /Withdrawal of treatment/治療中断	<input type="checkbox"/> उपचार के अंतर्गत/Under treatment/現在治療中 <input type="checkbox"/> अनुपचारित/Untreated/未治療

### <रोगों की सूची/List of diseases/疾患リスト>

रोग की प्रणाली /System of disease/疾患の系統	रोग के नाम/Disease names /疾患名			
① पाचन रोग /Digestive disease /消化器系の疾患	a. पेटिक छाला /Peptic ulcer /消化器潰瘍	b. हेपेटाइटिस /Hepatitis/肝炎	c. हेपेटिक सिरोसिस /Hepatic cirrhosis /肝硬化	d. अन्य /Others/その他
② परिसंचरण तंत्र रोग /Circulatory system disease /循環器系の疾患	a. परिसंचरण तंत्र रोग /Hypertension/高血圧	b. एंजाइना पेक्टोरिस /हृदय रोग /Angina pectoris /myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞	c. अतालता /Arrhythmia /不整脈	d. दिल की धड़कन रुकना /Heart failure/心不全 e. अन्य /Others/その他
③ श्वसन संबंधी रोग /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	a. दमा/Asthma/喘息	b. क्रोनिक अवरोधक फेफड़े के रोग /Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患	c. न्यूमोनिया /Pneumonia /肺炎	d. फेफड़े का क्षयरोग /Pulmonary tuberculosis /肺結核 e. अन्य /Others/その他
④ गुर्दे और मूत्र संबंधी रोग /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	a. चिरकालिक गुर्दा निष्क्रियता /Chronic renal failure /慢性腎不全	b. गुर्दे/मूत्र पथरी /Renal/urinary stone /腎・尿管結石	c. मूत्र पथ के संक्रमण /Urinary tract infection /尿路感染症	d. अन्य /Others/その他
⑤ मस्तिष्क और तंत्रिका तंत्र /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	a. मस्तिष्क रोधगलन /Cerebral infarction /脳梗塞	b. मस्तिष्कीय रक्तस्राव /Cerebral hemorrhage /脳出血	c. मिरगी /Epilepsy /てんかん	d. अन्य /Others/その他
⑥ अंतःस्रावी या चयापचय रोग /Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	a. मधुमेह /Diabetes mellitus /糖尿病	b. हाइपरलिपिडेमिया /Hyperlipidemia /高脂血症	c. थायरॉइड ग्रंथि की खराबी /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害	d. हाइपरयूरिसीमिया /Hyperuricemia /高尿酸血症 e. अन्य /Others/その他
⑦ हड्डी या मांसपेशियों का रोग /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	a. रूमेटाइड गठिया. /Rheumatoid arthritis /関節リウマチ	b. ऑस्टियोपोरोसिस /Osteoporosis /骨粗鬆症	c. पुराने ऑस्टियोआर्थराइटिस /Osteoarthritis /変形性膝関節症	d. हर्नियेटेड इंटरवर्टेब्रल डिस्क /Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア e. गठिया /Gout/痛風
⑧ प्रसूति एवं स्त्री रोग /Obstetrics and gynecology disease/産婦人科の疾患	a. गर्भाशय फाइब्रॉइड /Uterine fibroids /子宮筋腫	b. कष्टार्तव /Dysmenorrhea /月経困難症	c. बांझपन /Infertility/不妊症	d. अन्य /Others/その他
⑨ नेत्र रोग /Eye disease/眼の疾患	a. मोतियाबिंद/Cataract /白内障	b. आंख का रोग/Glaucoma /緑内障	c. रेटिनोपैथी /Retinopathy/網膜症	d. अन्य /Others/その他
⑩ मैलिग्नैंट ट्यूमर /Malignant tumor /悪性腫瘍	a. आमाशय का कैंसर /Stomach cancer /胃がん	b. पेट का कैंसर /Colon cancer /大腸がん	c. यकृत/पित्ताशय/अग्नाशय कैंसर /Liver/gallbladder/pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん	d. स्तन कैंसर /Breast cancer/乳がん e. गर्भाशय कर्क रोग /Uterine cancer /子宮がん
⑪ मानसिक रोग /Mental disease /精神の疾患	a. अवसाद /Depression /うつ病	b. एक प्रकार का मानसिक विकार /Schizophrenia/統合失調症	c. अन्य /Others/その他	
⑫ ईएनटी रोग /ENT disease/耳鼻科の疾患	a. बिगड़ी सुनवाई /Impaired hearing/難聴	b. चक्कर आना /Dizziness/めまい	c. कान का शोर /Ear noise/耳鳴	d. पराग से एलर्जी /Pollen allergy/花粉症 e. अन्य /Others/その他
⑬ रक्त रोग /Blood disease/血液の疾患	a. रक्ताल्पता /Anemia/貧血	b. ल्यूकेमिया /Leukemia /白血病	c. अन्य /Others/その他	
⑭ त्वचा रोग /Skin disease/皮膚の疾患	a. ऐटोपिक डरमैटिस /Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎	b. इनिया (एथलीट फुट) /Tinea (athlete's foot) /白癬症 (水虫)	c. अन्य /Others/その他	

क्या आपने कभी सर्जरी करवाई है?/Have you ever had surgery?  
/今までに手術をしたことがありますか。

- नहीं/No /いいえ  हाँ/Yes /はい यदि आपने "हां" चेक किया है, तो अपनी सर्जरी का इतिहास लिखें।  
/If you checked "Yes", write the history of your surgery. /  
「はい」に☑した方は下に手術歴を書いてください。

रोग के नाम/Disease names /疾患名	आपकी सर्जरी का नाम/Name of your surgery/手術名	जब आपकी सर्जरी हुई थी /When you had the surgery /手術をした時期	अस्पताल जहां आपकी सर्जरी हुई थी /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

※यदि आप सर्जरी की सही तारीख के बारे में निश्चित नहीं हैं, तो वर्ष या उम्र लिखें।  
/If you are not sure about the exact date of the surgery, write the year or age.  
/※詳しい手術日がわからない場合は「年齢」、「手術した年」でも構いません。

क्या आप नियमित रूप से धूम्रपान करते हैं?/Do you smoke regularly?  
/習慣的に、たばこを吸いますか。

- नहीं/No /いいえ  हाँ/Yes /はい  धूम्रपान करता था/Used to smoke  
/以前吸っていた

सिगरेट का सेवन /Cigarette consumption/喫煙量	धूम्रपान की अवधि/Duration of smoking /喫煙期間	वह वर्ष जब आपने धूम्रपान बंद किया /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____ सिगरेट/दिन cigarettes/Day 本/日	_____ साल/Year/年	_____ साल/Year/年 _____ महीना/Month/月

यदि आपको अभी भी धूम्रपान की आदत है, तो जिस वर्ष आपने धूम्रपान छोड़ा था, उस वर्ष के बारे में प्रश्न में एक खाली छोड़ दें।  
/If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.  
/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。

क्या आप नियमित रूप से शराब पीते हैं?/Do you drink regularly?  
/習慣的にお酒を飲みますか。

- नहीं/No /いいえ  हाँ/Yes /はい  नियमित रूप से शराब पीता था/Used to drink regularly  
/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> बियर/Beer/ビール _____ एमएल/दिन/ml /Day/日	<input type="checkbox"/> व्हिस्की/Whisky/ウイスキー _____ एमएल/दिन/ml /Day/日
<input type="checkbox"/> जापानासाक /Japanese sake/日本酒 _____ एमएल/दिन/ml /Day/日	<input type="checkbox"/> शराब/Wine/ワイン _____ एमएल/दिन/ml /Day/日
<input type="checkbox"/> अन्य/Other(s)/その他 _____ एमएल/दिन/ml /Day/日	

यदि महिला है, तो नीचे दिए गए प्रश्नों के उत्तर दें। क्या आप गर्भवती हैं, या संभवतः गर्भवती हैं?  
/If female, answer the questions below. Are you pregnant, or possibly pregnant?  
/女性の方のみお答えください。妊娠していますか、またその可能性はありますか。

- नहीं/No /いいえ  हाँ/Yes /はい  नहीं जानतीं/Do not know/わからない

क्या आप स्तनपान करा रही हैं?/Are you breastfeeding?  
/現在、授乳中ですか。

- नहीं/No /いいえ  हाँ/Yes /はい

यदि परामर्श के संबंध में आपका कोई विशेष अनुरोध है, तो बॉक्स को चेक करें।  
/If you have a special request concerning the consultation, check the box.

/診察でのご希望がある場合は、☑をしてください。

- मैं अपने अनुमानित चिकित्सा खर्चों के बारे में पहले से सूचित होना चाहता हूँ।  
/I want to be informed of my estimated medical expenses in advance. /あらかじめ、医療費の概算を教えてください。
- यदि दुभाषिया सेवा उपलब्ध है तो मैं एक दुभाषिया रखना चाहता हूँ  
/I want to have an interpreter if an interpreter service is available./通訳がある場合は、通訳を付けてほしい。
- अन्य/Other(s)/その他 :