

Ophthalmology Questionnaire/استبيان حول طب العيون/眼科 問診票

°C °F °C/min/分 °F/min/分 mmHg mmHg/min/分 mmHg/min/分		BT=درجة حرارة الجسم PR=معدل النبض BP=ضغط الدم RR=معدل التنفس SpO2=تشبع الأوكسجين في الدم	الموظفين فقط /For staff only /医療機関記入欄		اسم المريض /Name of patient /患者氏名	
			سنة/Year/年 (	شهر/Month/月 عامًا/Years old/歳	يوم/Day/日)	تاريخ الميلاد /Date of birth /生年月日 (西暦)
☐ أنثى/Female/女性 ☐ ذكر/Male/男性		الجنس/Sex/性別	سم/cm كجم/kg			الطول/الوزن/Height/Weight/身長・体重
			☐ (الأطعمة) Food(s)/食べ物:			الحساسية /Allergies
			☐ الدواء/Medicine/薬:			/アレルギーの有無

أين موضع الأعراض التي تعاني منها وجئت إلى هنا من أجل علاجها؟

/Where are you experiencing the symptom you are here for?

今日はどの部位の症状でこられましたか

☐ حول العينين /Around the eyes /眼の周囲
 ☐ كلا العينين/Both eyes/両眼
 ☐ العين اليسرى/Left eye/左眼
 ☐ العين اليمنى/Right eye/右眼

ما هي مشكلتك اليوم؟ (حدّد جميع ما ينطبق.)

/What is the problem today? (Check all that apply.)

/今日はど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。）

☐	ألم العين Dry eyes/眼が乾燥する	☐	تورم Eye pain/眼の痛み	☐	حكة Swelling/腫れ	☐	فراشات من العين! Itchiness/かゆみ	☐	مضايبة الرؤية Blurred vision/目やに	☐	إحساس بوجود جسم غريب في العين Foreign-body sensation in the eye/眼の異物感
☐	ضعف البصر Lacking vision/視界が欠けて見える	☐	دموع العين Watery eyes/涙が出る	☐	وهج الرؤية G glaring/まぶしい	☐	ازدواج الرؤية Double vision/物が二重に見える	☐	بقعة مضطربة في الرؤية Bright spot in vision/視野にギラギラした光が見える	☐	أجسام عاتمة في الرؤية Floaters in vision/黒い点が見える
اكتب اسم الجسم الغريب الموجود في عينك : 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											
نصحتني عيادة/مستشفى أخرى (أو في فحص دوري) بالحضور إلى هنا I was advised by another clinic/hospital (or at a regular check-up) to come here. /他の医療機関から受診するように勧められた (健診含む)											

متى بدأ ظهور الأعراض؟

/ When did the symptom start?

この症状はいつからありますか。

_____ : _____
 分ごろから 時 午前・午後
 _____ سنة/Year/年 _____ شهر/Month/月 _____ يوم/Day/日

هل تتناول حالياً أي أدوية، بما في ذلك الفيتامينات والمكملات الغذائية؟

/Are you currently on any medication, including vitamin and nutritional supplement?

/現在、飲んでいる薬はありますか？ ※ビタミン、栄養剤、サプリメントも含みます。

أظهر لنا دوانك أو دليل الأدوية*

/Show us your medication or a medicine pocketbook. ☐ نعم/Yes/はい ☐ لا/No/いいえ

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。

كيفية تناول أو استخدام الدواء /How to take or use your medication /飲み方・使い方	اسم الأدوية /Name of medications /お薬の名前		كيفية تناول أو استخدام الدواء /How to take or use your medication /飲み方・使い方	اسم الأدوية /Name of medications /お薬の名前	
		⑥			①
		⑦			②
		⑧			③
		⑨			④
		⑩			⑤

هل تخضع أو خضعتَ، لرعاية طبيب في الماضي؟

/Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past?

/現在治療している病氣、または過去に治療していたことはありますか？

إذا كانت إجابتك "نعم"، فأختر الحالة من القائمة، واكتب اسم المستشفى الذي تلقيت فيه العلاج!

/If you checked "Yes", choose the condition from the list, and write the name of the hospital where you received treatment./ 「はい」に☑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。

☐ لا/No/いいえ ☐ نعم/Yes/はい

اسم المرض (اكتب الرقم من القائمة التالية) /Name of disease (Write the number from the following list) /疾患名（下記リスト番号可）	تقدم العلاج /Treatment progress /治療経過	اسم المستشفى /Hospital name /医療機関名
☐ ☐	☐ Under treatment/現在治療中 ☐ Untreated/未治療	☐ Recovered/治癒 ☐ Withdrawal of treatment/治療中断
☐ ☐	☐ Under treatment/現在治療中 ☐ Untreated/未治療	☐ Recovered/治癒 ☐ Withdrawal of treatment/治療中断
☐ ☐	☐ Under treatment/現在治療中 ☐ Untreated/未治療	☐ Recovered/治癒 ☐ Withdrawal of treatment/治療中断
☐ ☐	☐ Under treatment/現在治療中 ☐ Untreated/未治療	☐ Recovered/治癒 ☐ Withdrawal of treatment/治療中断

<List of diseases/疾患リスト>

تصنيف الأمراض حسب الجهاز /System of disease /疾患の系統	أسماء الأمراض /Disease names /疾患名
① أمراض الجهاز الهضمي /Digestive disease /消化器系の疾患	أ. قرحة هضمية / Peptic ulcer /消化器潰瘍 ب. التهاب الكبد /Hepatitis /肝炎 ج. تليف الكبد / Hepatic cirrhosis /肝硬化 د. أخرى / Others /その他
② أمراض الجهاز الدوري /Circulatory system disease /循環器系の疾患	أ. ارتفاع ضغط الدم / Hypertension /高血圧 ب. الذبحة الصدرية/احتشاء عضلة القلب /Angina pectoris/myocardial infarction /狭心症・心筋梗塞 ج. اضطراب ضربات القلب / Arrhythmia /不整脈 د. قصور القلب / Heart failure /心不全 هـ. أخرى / Others /その他
③ أمراض الجهاز التنفسي /Respiratory disease /呼吸器系の疾患	أ. الربو / Asthma /喘息 ب. مرض الانسداد الرئوي المزمن / Chronic obstructive pulmonary disease /慢性閉塞性肺疾患 ج. الالتهاب الرئوي / Pneumonia /肺炎 د. السل الرئوي / Pulmonary tuberculosis /肺結核 هـ. أخرى / Others /その他
④ أمراض الكلى والمسالك البولية /Kidney and urological disease /腎・泌尿器系の疾患	أ. الفشل الكلوي المزمن / Chronic renal failure /慢性腎不全 ب. حصوات الكلى/البول / Renal/urinary stone /腎・尿管結石 ج. التهاب المسالك البولية /Urinary tract infection /尿路感染症 د. أخرى / Others /その他
⑤ أمراض الدماغ والجهاز العصبي /Brain and nervous system disease /脳神経系の疾患	أ. احتشاء دماغي / Cerebral infarction /脳梗塞 ب. نزيف دماغي / Cerebral hemorrhage /脳出血 ج. الصرع / Epilepsy /てんかん د. أخرى / Others /その他
⑥ أمراض الغدد الصماء أو الأيضية /Endocrine or metabolic disease /内分泌代謝系の疾患	أ. داء السكري / Diabetes mellitus /糖尿病 ب. فرط شحميات الدم /Hyperlipidemia /高脂血症 ج. قصور الغدة الدرقية /Thyroid gland malfunction /甲状腺機能障害 د. فرط حمض يوريك الدم / Hyperuricemia /高尿酸血症 هـ. أخرى / Others /その他
⑦ أمراض العظام أو العضلات /Bone or muscle disease /骨・筋肉の疾患	أ. التهاب المفاصل الروماتويدي / Rheumatoid arthritis /関節リウマチ ب. هشاشة العظام /Osteoporosis /骨粗鬆症 ج. التهاب عظمي مفصلي / Osteoarthritis /変形性膝関節症 د. انزلاق غضروفي بين الفقرات / Herniated intervertebral discs /椎間板ヘルニア هـ. النقرس / Gout /痛風 و. أخرى / Others /その他
⑧ أمراض النساء والتوليد /Obstetrics and gynecology disease /産婦人科の疾患	أ. الأورام الليفية الرحمية / Uterine fibroids /子宮筋腫 ب. عسر الطمث /Dysmenorrhea /月経困難症 ج. العقم / Infertility /不妊症 د. أخرى / Others /その他
⑨ أمراض العيون /Eye disease /眼の疾患	أ. إعتام عدسة العين / Cataract /白内障 ب. الجلوكوما / Glaucoma /緑内障 ج. اعتلال الشبكية / Retinopathy /網膜症 د. أخرى / Others /その他
⑩ الأورام الخبيثة /Malignant tumor /悪性腫瘍	أ. سرطان المعدة / Stomach cancer /胃がん ب. سرطان القولون /Colon cancer /大腸がん ج. سرطان الكبد المرارة/البنكرياس/ / Liver/gallbladder /pancreatic cancer /肝臓・胆のう・膵臓がん د. سرطان الثدي / Breast cancer /乳がん هـ. سرطان الرحم / Uterine cancer /子宮がん و. سرطان الرئة / Lung cancer /肺癌 ز. أخرى /Others /その他
⑪ الأمراض العقلية /Mental disease /精神の疾患	أ. الاكتئاب / Depression /うつ病 ب. انفصام الشخصية / Schizophrenia /統合失調症 ج. أخرى / Others /その他
⑫ أمراض الأنف والأذن والحنجرة /ENT disease /耳鼻科の疾患	أ. ضعف السمع / Impaired hearing /難聴 ب. دوخة / Dizziness /めまい ج. طنين الأذن / Ear noise /耳鳴 د. حساسية حبوب اللقاح / Pollen allergy /花粉症 هـ. أخرى / Others /その他
⑬ أمراض الدم /Blood disease /血液の疾患	أ. فقر الدم / Anemia /貧血 ب. سرطان الدم / Leukemia /白血病 ج. أخرى / Others /その他
⑭ أمراض الجلد /Skin disease /皮膚の疾患	أ. التهاب جلدي تألقيبي / Atopic dermatitis /アトピー性皮膚炎 ب. سعفة القدم (مرض قدم الرياضي) /Tinea (athlete's foot) /白癬症（水虫） ج. أخرى / Others /その他

هل خضعت لجراحة من قبل؟
/Have you ever had surgery?
/今までに手術をしたことがありますか。

□ نعم/Yes/はい □ لا/No/いいえ

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。

المستشفى الذي أجريت فيه الجراحة /Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関	تاريخ إجراء الجراحة /When you had the surgery /手術をした時期	اسم جراحتك /Name of your surgery /手術名	أسماء الأمراض /Disease names /疾患名

إذا لم تكن متأكدًا من تاريخ الجراحة الدقيق، فاكتب السنة أو العم

/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。

هل تدخن بانتظام؟
/Do you smoke regularly?
/習慣的に、たばこを吸いますか？

□ نعم/Yes/はい □ لا/No/いいえ

كنت أدخن سابقًا
/Used to smoke
/以前吸っていた

سنة الإقلاع عن التدخين /Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年	مدة التدخين /Duration of smoking /喫煙期間	مقدار السجائر التي يتم تدخينها /Cigarette consumption /喫煙量
_____ سنة/Year/年 _____ شهر/Month/月	_____ سنة/Year/年	_____ سيجارات/اليوم /cigarettes/Day /本/日

إذا كنت لا تزال مدخنًا، فاترك السؤال الخاص بالسنة التي أقلتت فيها عن التدخين فارغًا*

/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。

هل تشرب الكحول بانتظام؟
/Do you drink regularly?
/習慣的にお酒を飲みますか？

□ نعم/Yes/はい □ لا/No/いいえ

كنتُ معتادًا على الشرب بانتظام
/Used to drink regularly
/以前飲酒する習慣があった。

□	_____ مل/ml / يوم/Day/ 日	□	_____ مل/ml / يوم/Day/ 日	_____ البيرة/Beer/ビール	□	_____ مل/ml / يوم/Day/ 日
□	_____ مل/ml / يوم/Day/ 日	□	_____ مل/ml / يوم/Day/ 日	_____ ساكي ياباني/Japanese sake/日本酒	□	_____ مل/ml / يوم/Day/ 日
		□	_____ مل/ml / يوم/Day/ 日	_____ أخرى/Other(s)/その他	□	_____ مل/ml / يوم/Day/ 日

إذا كنت أنثى، فأجيبني على الأسئلة أدناه. هل أنت حامل، أو من المحتمل أن تكوني حاملًا؟
/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？

□ نعم/Yes/はい □ لا/No/いいえ □ لا أعرف/Do not know/わからない

هل ترضعين طفلك رضاعة طبيعية؟
/Are you breastfeeding?
/現在、授乳中ですか？

□ نعم/Yes/はい □ لا/No/いいえ

إذا كان لديك أي استفسار خاص بخصوص الاستشارة، فيُرجى وضع علامة في المربع
/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。

□ 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。

□ 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。

□ Other(s)/その他 :