

患者氏名：

患者 ID：

Medical Questionnaire (Ophthalmology)/眼科 問診票

Please check the appropriate boxes./ あてはまるものにチェックしてください。

Patient name/ 患者氏名		Date/ 日付	year	month	day
			/ 年	/ 月	/ 日
Date of birth/ 生年月日	year/ 年	month/ 月	day/ 日	Sex/ 性別	<input type="checkbox"/> Male/ 男 <input type="checkbox"/> Female/ 女
Height and weight/ 身長・体重	cm	kg	Age/ 年齢	years old/ 歳	
Language/ 言語			Nationality/ 国籍		

Living condition/ 生活状況

- With family member(s) who require nursing care/ 介護しなければならない家族がいる
 Have young children/ 幼い子どもがいる
 Aged household/ 高齢者世帯
 Living alone/ 独居
 Single parent/ 母子家庭
 Other/ その他()

Employment/ 職業

- Full-time/ 常勤雇用
 Part-time/ パートタイム
 Self-employed/ 自営業
 Retired/ 退職
 Unemployed/ 無職

In which eye do you have symptoms?/ どの部位の症状ですか？

- Right eye/ 右眼
 Left eye/ 左眼
 Both eyes/ 両眼

What symptoms do you have?/ どのような症状ですか？

- Pain in eye deep inside/ 眼の奥の痛み
 Blurry vision/ 見えにくい
 Discharge from eye/ 目やに
 Itchiness/ かゆい
 Swelling/ はれもの
 Bleary eyes/ 目がしょぼしょぼする
 Dry eyes/ 目が乾燥する
 Something in eye/ ごろごろする
 Distorted vision/ 物がゆがんで見える
 Double vision/ 物が二重に見える
 Tired eyes/ 目が疲れる
 Problems with glare/ まぶしい
 Watery eyes/ 涙が出る
 Headache/ 頭痛
 Nausea/ 吐き気がある
 Red eyes/ 充血
 Narrowing of visual field/ 視野が狭くなってきた
 Pain in eyelid or around eye/ まぶた又は目の周りが痛い
 Flashes in a dark place/ 暗いところで火花のような光が出る感じがする
 Floaters in vision/ 黒い点や蚊のようなものが見える
 Other/ その他()

When did the symptoms start?/ それはいつからですか？

Since approximately: _____ year/ 年 _____ month/ 月 _____ day/ 日ごろから

Do any of your family members have eye diseases?/ 家族で目の病気の人がありますか？

- Yes/ いる → Who/ 誰が: _____ Disease/ それはどんな病気ですか: _____
 No/ いない

Are you currently undergoing treatment for any diseases?/ 現在治療している病気はありますか？

- Yes/ はい (Disease/ 病名: _____)
 No/ いいえ

Are you allergic to any foods or medications?/ 薬や食べ物でアレルギーがでますか？

- Yes/ はい → Medication/ 薬 Food/ 食べ物 Other/ その他()
 No/ いいえ

Are you currently taking any medications?/ 現在飲んでいる薬はありますか？

- Yes/ はい → Please show us the medications if you have them with you./ 持っていれば見せてください
 No/ いいえ

*Please fill in the reverse side of the all pages as well, where necessary./ ※裏面もご記入ください。

患者氏名：

患者 ID：

Have you previously had any of the diseases listed below?/ 今までにかかった病気はありますか？

- Gastrointestinal disease/ 胃腸の病気 Liver disease/ 肝臓の病気 Heart disease/ 心臓の病気
 Kidney disease/ 腎臓の病気 Respiratory disease/ 呼吸器の病気 Blood disease/ 血液の病気
 Brain / neurological disease/ 脳・神経系の病気 Cancer/ 癌
 Thyroid gland disease/ 甲状腺の病気 Diabetes/ 糖尿病 Other/ その他 ()

How old were you when you became ill?/ それは何歳の時ですか？

Age: ____ (years old)/ 歳

Do you smoke?/ たばこを吸いますか？

- Yes/ 吸う → Current amount/ 現在: ____ cigarettes/day/ 本/日 Duration/ 喫煙歴: __ years/年
 No, but I used to./ 以前吸っていた → Previous amount/ 過去: ____ cigarettes/day/ 本/日 Duration/ 喫煙歴: __ years/年
 No/ 吸わない

Do you drink alcohol?/ お酒を飲みますか？

- Yes/ はい → _____ mL/day/ ml/日 No/ いいえ

Have you ever had any surgery?/ 手術を受けたことがありますか？

- Yes/ はい No/ いいえ

When was the surgery?/ いつごろですか？

Approximately: _____ year/ 年 ____ month/ 月 (type of surgery/ 手術名: _____)

Have you ever had any anesthesia?/ 麻酔を受けたことがありますか？

- Yes/ はい → General anesthesia/ 全身麻酔 Local anesthesia/ 局所麻酔
 No/ いいえ

Did you have any problems related to the anesthesia?/ 麻酔をして何かトラブルがありましたか？

- Yes/ はい No/ いいえ

Have you ever had a blood transfusion?/ 輸血を受けたことがありますか？

- Yes/ はい No/ いいえ

Did you have any problems related to a blood transfusion?/ 輸血をして何かトラブルがありましたか？

- Yes/ はい No/ いいえ

Is there a possibility that you are pregnant?/ 妊娠していますか、またその可能性はありますか？

- Yes/ はい → ____ months pregnant/ ヶ月 I do not know/ わからない No/ いいえ

Are you breastfeeding?/ 授乳中ですか？

- Yes/ はい No/ いいえ

Will you be able to bring an interpreter with you in the future?/ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか？

- Yes/ はい No/ いいえ