

OPHTHALMOLOGY

がん か もんしんひょう
眼科問診票

English
英語

Check all corresponding answers. あてはまるものにチェックしてください

year ねん 年 month がつ 月 day にち 日

Name 名まえ 名前		<input type="checkbox"/> Male おとこ 男	<input type="checkbox"/> Female おんな 女
Date of birth せいねんがっぴ 生年月日	_____ year ねん 年 _____ month がつ 月 _____ day にち 日	Phone でんわ 電話	
Address じゅうしょ 住所			
Do you have health insurance? けんこうほけんも 健康保険を持っていますか?	<input type="checkbox"/> Yes はい	<input type="checkbox"/> No いいえ	
Nationality こくせき 国籍		Language ことば 言葉	

What are your symptoms? どうしましたか			
<input type="checkbox"/> right eye みぎめ 右眼	<input type="checkbox"/> left eye ひだりめ 左眼	<input type="checkbox"/> both eyes りょうめ 両眼	<input type="checkbox"/> tearing なみだ 涙が出る
<input type="checkbox"/> pain いたい 痛い	<input type="checkbox"/> mucous discharge め 目やに	<input type="checkbox"/> swelling はれもの 腫れもの	<input type="checkbox"/> itching かゆい かゆい
<input type="checkbox"/> something stuck in the eye ゴロゴロする		<input type="checkbox"/> blurred vision みえにくい 見えにくい	
<input type="checkbox"/> double vision もの にじゅうみ 物が二重に見える		<input type="checkbox"/> sensitivity to light まぶしい 光に敏感	<input type="checkbox"/> others た 他
How long have you had these problems? それはいつからですか			
Since _____ year ねん 年 _____ month がつ 月 _____ day にち 日 日から			
Do you have any food or medication allergies? くすり た もの アレルギーが 薬や食べ物でアレルギーが出ますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい → <input type="checkbox"/> medication くすり 薬 <input type="checkbox"/> food た もの 食べ物 <input type="checkbox"/> others た 他 <input type="checkbox"/> No いいえ			
Are you currently taking medication? げんざいの くすり 現在飲んでいる薬はありますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. も み 持っていれば見せてください <input type="checkbox"/> No いいえ			
Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? にんしん か のうせい 妊娠していますか、またその可能性はありますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい → _____ months かげつ ヶ月 <input type="checkbox"/> No いいえ			
Are you currently breastfeeding? じゅうちゅう 授乳中ですか			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Have you ever had any trouble with anesthesia? ますい なに 麻酔をして何かトラブルがありましたか			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
What illnesses have you had in the past? いま びょうき 今までにかった病気はありますか			
<input type="checkbox"/> stomach and intestinal disorder いちよう びょうき 胃腸の病気	<input type="checkbox"/> liver disease かんぞう びょうき 肝臓の病気	<input type="checkbox"/> heart disease しんぞう びょうき 心臓の病気	
<input type="checkbox"/> kidney disease じんぞう びょうき 腎臓の病気	<input type="checkbox"/> tuberculosis けっかく 結核	<input type="checkbox"/> diabetes どうようびょう 糖尿病	<input type="checkbox"/> asthma ぜんそく ぜんそく
<input type="checkbox"/> high blood pressure こうけつあつしょう 高血圧症	<input type="checkbox"/> AIDS/HIV エイズ	<input type="checkbox"/> thyroid problems こうじょうせん びょうき 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> syphilis はいどく 梅毒
<input type="checkbox"/> others た 他			
Are you currently under medical treatment? げんざい ちりよう びょうき 現在治療している病気はありますか			<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ
Does anyone in your family have eye diseases? かぞく め びょうき ひと 家族で目の病気の人がありますか			
<input type="checkbox"/> Yes いる → who? だれ 誰が _____ what? それはどんな病気ですか _____			
<input type="checkbox"/> No いない			
Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? こんご つうやく じぶん つ 今後、通訳を自分で連れてくることができますか			
<input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ			