

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

What are your symptoms? どうしましたか

<input type="checkbox"/> right eye 右眼 <small>みぎめ</small>	<input type="checkbox"/> left eye 左眼 <small>ひだりめ</small>	<input type="checkbox"/> both eyes 両眼 <small>りょうめ</small>	<input type="checkbox"/> tearing 涙が出る <small>なみだ で</small>
<input type="checkbox"/> pain 痛い <small>いた</small>	<input type="checkbox"/> mucous discharge 目やに <small>めやに</small>	<input type="checkbox"/> swelling はれもの	<input type="checkbox"/> itching かゆい
<input type="checkbox"/> something stuck in the eye ゴロゴロする	<input type="checkbox"/> blurred vision 見えにくい <small>み</small>		
<input type="checkbox"/> double vision 物が二重に見える <small>もの にしゅうみ</small>	<input type="checkbox"/> sensitivity to light まぶしい	<input type="checkbox"/> others その他 <small>た</small>	

How long have you had these problems? それはいつからですか

Since \_\_\_\_\_ year 年 ねん \_\_\_\_\_ month 月 がつ \_\_\_\_\_ day 日 にち から

Do you have any food or medication allergies? 薬や食べ物でアレルギーが出ますか くすり た もの で

Yes はい →  medication 薬 くすり  food 食べ物 た もの  others その他 た  No いいえ

Are you currently taking medication? 現在飲んでいる薬はありますか げんざいの くすり

Yes はい → If you have any with you now, please show them to me. 持っていれば見せてください  No いいえ

Are you pregnant or is there a possibility of pregnancy? 妊娠していますか、またその可能性はありますか にんしん かのうせい

Yes はい → \_\_\_\_\_ months ヶ月 かげつ  No いいえ

Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか じゆにゅうちゆう

Yes はい  No いいえ

Have you ever had any trouble with anesthesia? 麻酔をして何かトラブルがありましたか ますい なに

Yes はい  No いいえ

What illnesses have you had in the past? 今までにかかった病気はありますか いま びょうき

<input type="checkbox"/> stomach and intestinal disorder 胃腸の病気 <small>いちょう びょうき</small>	<input type="checkbox"/> liver disease 肝臓の病気 <small>かんそう びょうき</small>	<input type="checkbox"/> heart disease 心臓の病気 <small>しんそう びょうき</small>
<input type="checkbox"/> kidney disease 腎臓の病気 <small>じんそう びょうき</small>	<input type="checkbox"/> tuberculosis 結核 <small>けっかく</small>	<input type="checkbox"/> diabetes 糖尿病 <small>とうにょうびょう</small>
<input type="checkbox"/> high blood pressure 高血圧症 <small>こうけつあつしやう</small>	<input type="checkbox"/> AIDS/HIV エイズ	<input type="checkbox"/> thyroid problems 甲状腺の病気 <small>こうじょうせん びょうき</small>
<input type="checkbox"/> others その他 <small>た</small>	<input type="checkbox"/> syphilis 梅毒 <small>はいどく</small>	

Are you currently under medical treatment? 現在治療している病気はありますか げんざい ちりやう びょうき

Yes はい  No いいえ

Does anyone in your family have eye diseases? 家族で目の病気の人がありますか かぞく め びょうき ひと

Yes いる → who? 誰が \_\_\_\_\_ what? それはどんな病気ですか \_\_\_\_\_ だれ びょうき

No いない

Can you arrange an interpreter by yourself for your next visit? 今後、通訳を自分で連れてくることができますか こんご つうやく じぶん つ

Yes はい  No いいえ