Medical Questionnaire (Ophthalmology) / 眼科 問診票

Patient name/ 患者氏名	Date of birth/ y	rear/ mo	onth/ day/
Sex/ 性別 □Male/ 男 □Female/ 女	Tel/電話番号		
Address/住所			
※Please check the appropriate boxes./ あてはまるものにチェックしてください。			
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 □Red eyes/ 充血 □Narrowing of visual field/ 視野が狭くなってきた			
□Floaters in vision/ 黒い点や蚊のようなものが見える □Flashes in a dark place/ 火花のような光が出る感じがする			
□Pain in eyelid or around eye/ まぶた又は目の周りが痛い	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	
Are you currently undergoing treatment for any diseases?/	現在治療している病	対気はありますか	?
□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 □C	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?			
$\Box Yes / \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ $	em with you./ 持って	いれば見せてくだ	iさい □No/いいえ
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?			
□High blood pressure/ 高血圧 □Diabetes/ 糖尿病 (HI	oA1c:	Rheumatis	m/ リウマチ
□Liver disease/ 肝臓の病気 □Heart disease/ 心臓の病	気 □Kidney di	sease/ 腎臓の病	気
□Thyroid gland disease/ 甲状腺の病気 □Other/ その	D他()
Have you ever had any surgery?/ 手術を受けたことがありま	ミすか?		
□Yes/ はい □No/ いいえ			
When was the surgery?/ いつごろですか?			
Approximately: year/ 年 month/ 月 (type	e of surgery/ 手術行	名:)
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?			
\square Yes/ はい \rightarrow months pregnant/ \qquad ヶ月 $\qquad \square$ I do	not know/ わから	tv No/	いいえ
Are you breastfeeding?/ 授乳中ですか?			
□Yes/ はい □No/ いいえ			元町マリン眼科