

NO.	Ophthalmology Questionnaire/眼科 問診票	Please circle if any of the following apply to you. Pregnant 妊娠中・Breast-feeding 授乳中
Name of Patient 名前	<input type="checkbox"/> Male/ 男性 <input type="checkbox"/> Female/ 女性	Age 年齢 years old 才 Year/年 Month/月 Day/日
Occupation職業: Operation作業・Office work事務・Unemployed無職・Student学生・Others他()		

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。

症状 Where are you experiencing the symptom you are here for at OPHTHALMOLOGY today?
/今日はどの部位の症状でこられましたか

- Right eye/右眼 Left eye/左眼 Both eyes/両眼 Around the eyes /眼の周囲 Eyelid/眼瞼

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。)

- Blurred vision /見えにくい Eye discharge /目やに Itchiness/かゆみ Swelling/腫れ Eye pain /眼の痛み Dry eyes /眼が乾燥する
- Foreign-body sensation in the eye /眼の異物感 Double vision /物が二重に見える Distorted vision /物が歪んで見える Glaring/まぶしい Watery eyes /涙が出る
- Lacking vision /視界が欠けて見える Floaters in vision /黒い点が見える Rash/できもの Red eyes/充血 Bright spot in vision /視野にキラキラした光が見える
- Foreign-body in the eye /眼の中に何かが入った 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: _____
- 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)
- Other(s) /その他:

When did the symptom start? /この症状はいつからありますか。

____ Year/年 ____ Month/月 ____ Day/日 From about ____ : ____ am/pm /ごろから

交通手段 How did you come to the hospital today /今日はどうやって来ましたか?

- by a Private car(driving yourself)・Motor cycle・Bicycle /車・バイク・自転車 by a Private car(somebody give you a ride)・train・bus・taxi・foot・other /車(他の方が運転)・電車・バス・タクシー・徒歩・その他

痛み Do you have any pain in your eye(s)? /眼のどこかに痛みはありますか?

- No/いいえ Yes/はい Right eye/右眼 Left eye/左眼 Both eyes/両眼

If you describe the pain on a scale of 1 - 10, how severe is it? Circle the number below.
/痛みの程度を数字で表すと、どのぐらいですか?



- Types of pain どんな**
- Squeezing pain/締め付けられるような痛み Burning pain/焼けるような痛み
- Tingling pain/ちくちくするような痛み Stabbing pain/刺すような痛み
- Throbbingズキズキ Dull ブーン Heavy重たい stingピリピリ
- Shooting電気が走る Otherその他 ()

- Frequency いつ**
- Sometimes時々 Can't sleep with痛みで眠れない
- Otherその他 ()

日常生活 Does the pain disturb your daily life?/ 日常生活に支障が No/ない Yes/ある

既往歴 Are you, or have you been, under the care of a doctor in the past?
/現在治療している病気、または過去に治療していたことはありますか?

- Noneなし Myocardia infarction心筋梗塞 Angina pectoris狭心症 Arrythmia不整脈 Hypertension高血圧
- Diabetes mellitus糖尿病 Asthma喘息 Chronic Obstructive Pulmonary Disease慢性閉塞性肺疾患
- Gastric duodenal ulcer胃十二指腸潰瘍 Brain infarction脳梗塞 Dyslipidemia脂質異常 Prostatic hypertrophy前立腺肥大
- Cancer癌 () Glaucoma緑内障 Liver disease肝臓疾患()
- Kidney disease腎臓疾患 () Otherその他 ()

Continued on Next Page

Have you ever had surgery before? /手術歴はありますか?

No/いいえ Yes/はい **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。**

Disease names /疾患名	Name of your surgery /手術名	When you had the surgery /手術をした時期	Hospital where you had the surgery /手術をした医療機関

お薬

Are you currently on any medication? /現在、飲んでいる薬はありますか?

No/いいえ Yes/はい ***If you answer "YES", show us your medication or a medicine pocketbook. /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。**

	Name of medications /お薬の名前	What is your condition for prescribing? /処方理由・症状	*For staff 必要時職員用備考欄
①		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
②		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
③		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
④		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
⑤		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	
⑥		For pain/痛み・/High Blood pressure高血圧・ Cholesterol/コレステロール・ Diabate mellitus/糖尿病・ Sleep/睡眠・ Gastric acid/胃酸・ antidepressant/抗うつ Other他()	

アレルギー

Allergies /アレルギーの有無

No/ない Yes/ある Food(s)/食べ物: Medicine/薬: Others/その他: ()

ペースメーカー

Do you have an implanted pacemaker? /ペースメーカーを埋め込んでいますか?

No無 Yes有 **If yes, do you have a pacemaker handbook/ ID card? ある場合は、ペースメーカー手帳またはID cardをお持ちですか?** No無 Yes有 at home 自宅にある

たばこ

Do you smoke regularly? /習慣的に、たばこを吸いますか。

No/いいえ Quit/やめた Yes/吸っている (cigarettes/day日 × years年間)

お酒

Do you drink regularly? /習慣的にお酒を飲みますか。 Please circle if any of the following apply to you.

No/いいえ Yes/はい (Beer/ビール Japanese sake/日本酒 Wine/ワイン Whisky/ウイスキー Other(s)/その他

*drink everyday/毎日飲む *drink times回/week週 ml/time回

宗教

Do you have religion? /宗教はありますか?

No/いいえ Yes/はい ()

転倒の危険度

Risk for falls/ 転倒の危険度

Have you ever fallen within 3 months? /3ヶ月以内に転んだことはありますか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい
Do you have orthoses on your feet? /足に装具をつけていますか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい
Do you use a cane or walker? /杖や歩行器を使っていますか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい(Cane杖・Walker歩行器)
Do you use a wheelchair? /車椅子を使っていますか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい
Do you feel dizziness? /ふらつきはありますか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい
Did you take eye drops to widen your pupil in eye exam today? /本日眼科検査で瞳を広げる目薬をしましたか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい

Risk of Falls
転倒の危険度