

Ophthalmology Questionnaire/眼科 問診票

Name of patient /患者氏名				BT=	°C	
Date of birth /生年月日 (西暦)	Year/年	Month/月	Day/日	For staff only /医療機関記入欄	PR=	/分
	(Years old/歳)				BP=	mmHg
Height/Weight/身長・体重				RR=	/分	
	cm	kg		SPO2=	%	
				Sex/性別	<input type="checkbox"/> Male/男性 <input type="checkbox"/> Female/女性	

症状 Where are you experiencing the symptom you are here for?
/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/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。)

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

When does the symptom occur? /症状はどのようなときに現れますか。

- Morning/朝
 Daytime/昼
 Evening/夕方
 While in bed/就寝中
 When waking up /起床時
 Irregular /不定期
 Other(s) /その他:

What is the symptom like? /症状はどのような性質を持っていますか。

- Constant/絶え間なく、続いている
 The symptom is gradually worsening/徐々にひどくなってきている
 The symptom comes and goes/症状が出たり消えたりしている
 Other(s)/その他

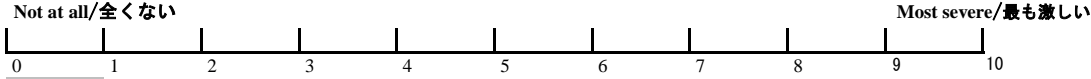
交通手段 How did you come to the hospital today /今日はどのように来しましたか?

- 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? /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**
- Throbbingズキズキ
 Dull ブーン
 Heavy重たい
 stingビリビリ
 Pricking チクチク
 Shooting電気が走る
 Otherその他()

- Frequency /いつ**
- Alwaysいつも
 When you move動くと
 When you touch触ると
 Sometimes時々
 Can't sleep with痛みで眠れない
 Otherその他()

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()

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	How to take or use your medication /飲み方・使い方		Name of medications /お薬の名前	How to take or use your medication /飲み方・使い方
①			④		
②			⑤		
③			⑥		

アレルギー /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: Allergic Reactions/症状 ()

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

No/いいえ Yes/はい Used to smoke/以前吸っていた

Cigarette consumption/喫煙量	Duration of smoking/喫煙期間	Year when you stopped smoking /喫煙をやめた年
_____cigarettes/Day 本/日	_____Year/年	_____Year/年_____Month/月

***If you still have a smoking habit, leave a blank in the question about the year you stopped smoking.
/現在も喫煙を続けている方は、喫煙をやめた年は空欄のままにしておいてください。**

お酒 Do you drink regularly? /習慣的にお酒を飲みますか。

No/いいえ Yes/はい Used to drink regularly/以前飲酒する習慣があった。

<input type="checkbox"/> Beer/ビール _____ml /Day/日	<input type="checkbox"/> Whisky/ウイスキー _____ml /Day/日
<input type="checkbox"/> Japanese sake/日本酒 _____ml /Day/日	<input type="checkbox"/> Wine/ワイン _____ml /Day/日
<input type="checkbox"/> Other(s)/その他 _____ml /Day/日	

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(Cane杖・Walker歩行器)
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
Do you have an attendant? /付き添いはいますか?	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい
Did you drive your own car, bicycle or motorcycle when you came to the hospital? /来院時ご自分で車、自転車、オートバイの運転をしてきました	<input type="checkbox"/> NO/いいえ <input type="checkbox"/> Yes/はい

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。