

Medical Questionnaire (Ophthalmology) / 問診票 (眼科)

Name /氏名		Sex /性別 <input type="checkbox"/> Male/男性 <input type="checkbox"/> Female/女性	
Date of birth (YYYY/MM/DD)/生年月日	Age/年齢	Nationality/国籍	
Conversation/会話 English/英語 <input type="checkbox"/> Not at all/全くできない <input type="checkbox"/> Need help/手助けがいる <input type="checkbox"/> No hindrance/支障なし Japanese/日本語 <input type="checkbox"/> Not at all/全くできない <input type="checkbox"/> Need help/手助けがいる <input type="checkbox"/> No hindrance/支障なし			
Special requirements for religious reasons/宗教上のリクエスト <input type="checkbox"/> Nothing/なし <input type="checkbox"/> ()			
Status in Japan/日本滞在の状態 <input type="checkbox"/> Resident/居住 <input type="checkbox"/> Short-term stay/短期滞在 <input type="checkbox"/> Student/学生 <input type="checkbox"/> Other/その他 ()			
Address or accommodation in Japan/日本国内の住所または宿泊施設		Phone No. /電話番号	
Japanese health insurance/日本の健康保険 <input type="checkbox"/> Insured/加入 <input type="checkbox"/> Insured but non-carrying a card /保険証忘れ <input type="checkbox"/> Uninsured/未加入			

Please check the appropriate boxes. / あてはまるものにチェックしてください。

● 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
- Pain in eyelid or around eye / まぶた又は目の周りが痛い
- Discharge from eye / 目やに
- Itchiness / かゆい
- Swelling / はれもの
- Red eyes / 充血
- Bleary eyes / しよぼしよぼする
- Something in eye / ごろごろする
- Dry eyes / 乾燥する
- Watery eyes / 涙が出る
- Tired eyes / 疲れる
- Problems with glare / まぶしい
- Headache / 頭痛
- Nausea / 吐き気がある
- Double vision / 物が二重に見える
- Distorted vision / ゆがんで見える
- 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 / 暗いところで火花のような光が出る感じがする
- Blurry vision / 見えにくい

()

Other / その他 ()

● 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

● When did the symptoms start? / いつからですか？

()

