

# HEALTH QUESTIONNAIRE 問診票

Please answer all of the questions to the best of your ability.

この用紙にご記入ください。

Present your "Health Insurance Card" at the reception desk.

「健康保険証」をお持ちの方は受付にお渡してください。

Patients that do not bring a health insurance card will be charged the full amount for services rendered.

健康保険証がない場合、本日の支払いは自己負担となります。

Name(Print your name in block letters): 姓名(楷書体で記入してください)		_____
Date of birth:	_____ / _____ / _____	
生年月日	Month / Day / Year 月 / 日 / 年	
Home Address: 連絡先住所 _____		
Telephone: Home	_____	Cell(Mobile)Phone
電話 自宅		携帯電話
Office	_____	
	勤務先	
Do you take along Japanese National Health Insurance Card (circle correct answer): 日本の健康保険証(当てはまる項目に丸を付ける)		
Yes / No / Left card at home あり なし 家にある		

Write your answers inside the parentheses ( ), or circle number of correct answer.

当てはまる項目に丸を付け、( )内にご記入ください。

1 Which of the following have you experienced?

どうなさいましたか？

- 1) right eye 2) left eye 3) both eyes  
右眼 左眼 両眼
- Injury to eye due to → 1) dust in eyes 2) hit with object 3) toxic chemicals  
怪我をした ゴミが入った 物が当たった 薬品が入った
- 1) discharge (eye mucus) 2) lacrimation (tearing, watering, or watery eye)  
目やにが出る 涙が出る
- 3) swollen eyelid (swelling of the eyelid) 4) redness  
瞼が腫れた 目が赤い
- 1) eye pain 2) itching 3) foreign body sensation (irritable eye) 4) dry eye  
目が痛い かゆい ころころする 目が乾く
- Visual disturbance (visual impairment) → 1) for nearby objects 2) for distant objects  
見えにくい 近く 遠く
- 3) both near and far  
近くも遠くも
- 1) blurred vision 2) eye strain  
目がかすむ 目が疲れる
- 1) black spots in visual field 2) flashes of light  
黒いものが見える 光が見える
- 3) tunnel vision (loss of peripheral vision, loss of visual field) 4) partial vision loss  
見える範囲が狭くなる 見えない部分がある
- 5) distorted vision  
物が歪んで見える

- Double vision → 1) right eye only 2) left eye only 3) with both eyes(binocular double vision)  
物が二つに見える 右眼のみ 左眼のみ 両目で見た時のみ
- Get new eye wear → 1) glasses 2) hard contact lenses 3) soft contact lenses  
眼科用具を作りたい 眼鏡 ハードコンタクトレンズ ソフトコンタクトレンズ

2 When did you first notice the problem mentioned above?

それはいつ頃からですか？

( ) hours ago / ( ) days ago / ( ) months ago / ( ) years ago  
時間前 日前 月前 年前

3 Have you ever been treated for or undergone an operation for an illness?

現在までに病気で治療または手術したことがありますか？

- No  
なし
- Treated for → 1) diabetes 2) high blood pressure 3) heart disease 4) kidney disease  
治療 糖尿病 高血圧 心臓病 腎臓病  
5) asrhma 6) glaucoma 7) other  
喘息 緑内障 その他
- Operated for → 1) myopia (near-sightedness) / hyperopia (far-sightedness) / astigmatism  
手術 近視 遠視 乱視  
2) retinal detachment 3) strabismus 4) other  
網膜剥離 斜視 その他

4 Do you have any allergies?

アレルギー体質がありますか？

- No  
なし
- Yes → 1) atopy 2) asthma 3) pollen (hay fever) 4) other  
あり アトピー 喘息 花粉症 その他
- Allergic to → 1) oral medication (antibiotics) 2) eyedrops 3) anesthetics 4) food  
アレルギー 飲み薬 抗生物質 目薬 麻酔薬 食べ物  
5) injection (shot) 6) other  
注射 その他

5 Are you taking any medication(s) now?

現在服薬中の薬がありますか？

- No  
なし
- Yes → 1) blood thinner (anticoagulant) 2) other  
あり 血液が固まるのを予防する薬(抗凝固剤) その他

6 Questions for women only

女性の方に質問です。

- Are you pregnant? → No / Yes → ( )months / uncertain  
現在妊娠中ですか? いいえ はい 妊娠( )ヶ月 不明
- Are you lactaing? → No / Yes  
現在授乳中ですか? いいえ はい