



DATE / /

Ophthalmology Initial Consultation Questionnaire

(眼科初診問診票)

Name _____ Age _____ ID _____

☐ male / ☐ Female _____ Height _____ cm / Weight _____ kg

■ What are your symptoms? (どこが悪いですか)

※Indicate your symptom(s). For multiple symptoms, circle the one that bothers you the most.

(現在の症状にチェックをつけて下さい。そのうちで最も気になる症状は○で囲んで下さい。)

A: Eye symptoms (眼の症状) [☐ Right 右眼 ☐ Left 左眼 ☐ Both 両眼]

- ☐ Redness (赤い) ☐ Mucous discharge (メヤニが出る) ☐ Pain (痛い) ☐ Itchy (かゆい)
☐ Foreign body sensation/sandy (ゴロゴロする) ☐ Prickly (チクチクする) ☐ Stings (しぶい)
☐ Teary (涙が出る) ☐ Hard to keep eyes open (ショボショボする) ☐ Dry (乾く)
☐ Tires easily (疲れる) ☐ Heavy (重い) ☐ Swollen eyelids (まぶたがはれた)
☐ Sensitive to light (まぶしい) ☐ Lump on eyelid (まぶたにシコリがある)
☐ Eyelid fester (まぶたがただれた) ☐ Misaligned eyes (眼の位置に異常がある)
☐ Double vision of object's outline (物の輪郭がだぶって見える)
☐ Double vision (一つの物が二つに見える) ☐ Bleary (かすむ) ☐ Darker vision (暗く見える)
☐ Blurred vision (見えにくい)
[of things that are ☐ Far (遠方が) ☐ Near (手元が) ☐ In general (全体が) ☐ Center of things (中央部が) ☐ In bright places (明るいところで) ☐ In dark places (暗いところで)]
☐ Things seem smaller (小さく見える) ☐ Distorted (ゆがんで見える)
☐ Impaired vision (見えない部分がある) ☐ Smaller field of vision (見える範囲が狭い)
☐ Seeing threads or floating spots (糸くずや虫のような物が飛んで見える)
☐ Seeing flashing lights and floating spots (稲妻のような光がみえる)
☐ Other (その他) _____

B: Symptoms not described in A (A以外の症状)

- ☐ Headache (頭が痛い) ☐ Dizziness (めまいがする)
☐ Was recommended to get an ophthalmologic examination. (眼科受診を勧められた)
[☐ by _____ Department (～科で) • ☐ during routine physical checkup (健康診断・人間ドックで)]
☐ Would like to get a funduscopy. (眼底検査希望)
☐ Want to get glasses. (眼鏡を作りたい)
[☐ Farsightedness (遠方を見るため) ☐ Nearsightedness (手元を見るため) ☐ Bifocals (遠近両用)
☐ For other (その他) _____]
☐ Want to get contact lenses. (コンタクトレンズを作りたい)
[☐ Soft lenses (ソフト) ☐ Hard lenses (ハード) ☐ Daily disposable contact lenses (使い捨てレンズ)
☐ other その他 _____]
☐ Other (その他) _____

■ When did these symptoms start? (上記症状はいつからですか?)

Continues to the back.

■Have you received previous ophthalmologic treatment for any of your symptoms?

(上記の理由(症状)で眼科を受診しましたか?どんな治療をしていますか?)

☐No

☐Yes _____ year _____ month _____ day Clinic or Hospital name _____

※Do you have any medical referrals? (紹介状はお持ちですか) ☐Yes ☐No

What were you diagnosed with? (診断名は?) _____

What treatment were you prescribed? (治療は?)

☐Eye drops (点眼): number _____ 種類 [Brand (商品名): _____]

☐Oral medication (内服): number _____ 種類

☐Laser photocoagulation (レーザー光凝固) ☐Surgery (手術)

■Have you previously used glasses or contact lenses?

(今まで眼鏡やコンタクトレンズを使用していましたか?)

☐Neither (何も使用していない)

☐Glasses (眼鏡を使用している) [☐Farsightedness (遠方を見るため) ☐Nearsightedness (手元を見るため)

☐Bifocals (遠近両用)

☐Contact lenses (コンタクトレンズを使用している) [☐Soft lenses (ソフト) ☐Hard lenses (ハード)

☐Daily disposable contact lenses (使い捨てレンズ)]

■Have you had any eye illness or surgery? If yes, at what age and what kind of illness?

(眼の病気にかかったり、手術を受けたことがありますか?)

☐No ☐Yes (_____ year _____ month _____ day)

illness [☐Right 右眼 ☐Left 左眼 ☐Both 両眼] _____

Surgery [☐Right 右眼 ☐Left 左眼 ☐Both 両眼] _____

■Have you had any major illness, surgery, injury or been hospitalized?

(これまでに病気、手術、外傷、または入院の経験はありますか?)

☐No ☐Yes

☐High blood pressure (高血圧) [for about _____ years]

Do you take any medication for high blood pressure? (高血圧の薬は飲んでますか)

☐No ☐Yes, I take _____

What is your normal blood pressure? (普段の血圧: about _____ mmH/g)

☐Diabetes (糖尿病) [for about _____ years]

Medication prescribed (内服薬は): _____

Insulin (インシュリン): ☐Yes ☐No

(Blood glucose level before meals (空腹時血糖値): _____ mg/dl程度、

Blood glucose level after meals (食後血糖値): _____ hour(s) _____ mg/dl程度)

☐Collagen disease (膠原病) [Type (病名は?) _____]

☐Hyperlipidemia (高脂血症) ☐High Cholesterol (高コレステロール血症)

☐Heart disease (心臓病) ☐Kidney Disease (腎臓病) ☐Liver disease (肝臓病)

☐Asthma (喘息) ☐Tuberculosis (結核) ☐Sarcoidosis (サルコイドーシス)

☐Rheumatism (リウマチ) ☐Atopic skin disorder (アトピー性皮膚炎) ☐Other (その他)

■Do you have any allergies? (アレルギーは何かありますか?)

☐No • ☐Yes, to _____

■Do you have any requests or comments?

(診察について何かご要望やご意見がありますか?)