

Medical History Questionnaire/既往歴

Name/氏名 _____ Date/年月日 _____

Date of last eye exam/最後の眼検査の日 _____

List of current medication/現在服用している薬。

1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

List of eye drops/使用している目薬 _____

Do you have **allergies** to medications?/薬のアレルギー yes no

If **yes**, list the medication/もし **yes** の場合、アレルギーを起こす薬の名前。

1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

List all major illnesses/既往病の病名を書いて下さい

1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

List all surgeries you have/過去に受けた手術の名前

1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

Do you currently have any problems in the following areas? If "YES", please provide information./下記の病状
ありますか? yes ならば詳しく説明して下さい。

EYES (Glaucoma, cataract, retinal disease, etc)	YES	NO	Explanation of Problems - 具体的な内容
Loss of vision (見えなくなつた)			
Blurred vision (ぼやけて見える)			
Fluctuating vision (視力が一定していない)			
Distorted vision(halos) (歪んで見える)			
Loss of side vision (左右横が見えない)			
Double vision (二重に見える)			
Dryness (目が乾く)			
Mucous Discharge (めやにがでる)			
Redness (目が赤い)			
Sandy or gritty feeling (ごろごろする)			
Itching (かゆみがある)			
Burning (目がやける)			
Foreign body sensation (異物感がある)			
Excess tearing-watering (涙が出る)			
Glare-light sensitivity (光がまぶしい)			
Eye pain or soreness (目が痛い)			
Infection of eye or lid (目に炎症がある)			
Tired eyes (目が疲れる)			
Crossed eyes, lazy eyes (斜視)			
Drooping eye lids (眼けん下垂)			
Fever (熱がある)			
Weight loss (体重が減る)			
Other (その他)			
Heart, blood vessels (心臓、血管の病気)			
Ears, Nose, Throat (耳、鼻、のどの異常)			

Asthma, Emphysema, etc. (呼吸器系の障害)			
Stomach ulcer, Intestinal disease (胃腸障害)			
Genital, kidney, Bladder (性器, 腎臓, 膀胱の病気)			
Muscles, Bones, Joints (筋肉, 骨, 関節障害)			
Skin (皮膚の病気)			
Multiple Sclerosis, etc (神経系統の病気)			
Anxiety, depression, insomnia (精神科の病気)			
Diabetes, hypothyroid, etc (内分泌系の病気)			
Blood, Lymph (血液, リンパ系の障害)			
Allergic, Immunologic (アレルギー, 免疫の障害)			
FAMILY HISTORY			
DISEASE	YES	NO	REL. TO PATIENT
Blindness (失明)			
Glaucoma (緑内障)			
Arthritis (リウマチ)			
Cancer (癌)			
Diabetes (糖尿病)			
Heart disease, high blood pressure (心臓病, 高血圧)			
Kidney disease (腎臓病)			
Lupus (ループス・膠原病の一種)			
Stroke (脳卒中)			
Thyroid disease (甲状腺機能障害)			
Other (その他)			
SOCIAL HISTORY ー日常生活内容にて			
Current Occupation (職業)			
Education (学歴)			
Marital status (結婚歴)			
With whom do you live? (誰と住んでいますか?)			
Do you drive? (運転しますか?)			
Do you have visual difficulty when driving? (運転中見にくいことがありますか?)			
Do you have problem with night vision? (夜間に見にくいことがありますか?)			
Have you tried contact lenses? (コンタクトレンズ'使ったことがありますか)			
Do you currently wear contact lenses? (今コンタクトレンズ'使用していますか)			
Do you currently wear glasses? (今'メガネ'を使用していますか)			
If yes, how long have you had the current prescription? (最後の視力検査はいつでしたか?)			
Do you drink alcohol? (お酒を飲みますか?)			
Do you smoke? (タバコを吸いますか?)			
Have you ever had a blood transfusion? (輸血を受けたことがありますか?)			
Patient Signature (患者のサイン) _____ Date: _____			
Physician Signature(医師のサイン) _____ Date: _____			