

Name

Gender 性別 (Male / Female) Occupation 職業 _____ Date of Birth 誕生日 (/ /)

Postal Code 郵便番号 _____ Phone Number 電話番号 _____

Address 住所 _____ Nationality 国籍 _____

Japanese Health Insurance Card 保険証の有無 Yes / No Language 言語 _____

①Affected Eye どちらの目の具合が悪いか (Right / Left / Both) ②Symptom Onset 症状の時期 _____

③Reason for Visit 来院の理由

- Blurred vision 見えにくい Itchy eyes かゆい Eye discharge 目やに Eye pain 痛い Redness 充血
- Tearing 涙が出る Eye twitching けいれんする Floaters 黒い点が見える Dryness 乾く Photophobia 眩しい
- Double vision 二重に見える Distorted vision ゆがんで見える Abnormal Exam Result 健診で要受診
- Other その他 _____
- Prescription for Glasses / Contacts 眼鏡またはコンタクトの処方希望
glasses / contact lenses (1 Day, 2 Week, HCL) (First-time or existing wearer)
- Currently wearing contacts 本日のコンタクト装用 (1 Day, 2 Week, HCL) / Not wearing
- If Wearing Contacts コンタクト装用の場合のメーカーと度数
Manufacturer: _____ Lens power (prescription): _____

④Previous Eye Conditions? 今までの目の病気について

- No Yes / Approximate time いつ頃 _____ Diagnosis 病名 _____

⑤Refractive Surgery (e.g., LASIK)? LASIK 等屈折矯正手術の有無 (Yes / No)

⑥Do you smoke? 喫煙について (No / Former smoker / Current smoker)

⑦Family History of Eye Disease? 家族の目の病気 (Glaucoma / Other)

⑧Systemic Diseases? 今までの体の病気について

- No Yes (Hypertension / Diabetes / Heart disease / Herpes) Other: _____

⑨History of Allergies? アレルギー性疾患の既往について

- No Yes (Hay fever / Asthma / Atopic dermatitis / Drug allergy: _____)

⑩Current Medications? 現在使っている薬 (No / Yes Medication name: _____)

Have you ever received anesthetic injection? 麻酔注射を受けたことがあるか (Yes / No)

⑪For Females: Pregnant? 妊娠されていますか (No / Yes ____ months)

Are you currently breastfeeding? 授乳中ですか (No / Yes)

⑫Driving/Cycling After Appointment? 車、自転車に乗る予定 (Yes / No)

Thank you. Please give this to the receptionist.