

Name

**Nickname** 愛称 \_\_\_\_\_ **Male / Female** \_\_\_\_\_ **Weight** 体重 \_\_\_\_\_ kg

**Date of Birth** 生年月日 (    /    /    ) **Phone Number** 電話番号 \_\_\_\_\_

**Postal Code** 郵便番号 〒 \_\_\_\_\_

**Address** 住所 \_\_\_\_\_

**Do you have a Japanese Health Insurance Card?** 健康保険証の有無 Yes / No

**Do you have a medical care card?** 医療証有無 Yes / No

**Nationality** 国籍 \_\_\_\_\_ **Language** 言語 \_\_\_\_\_

**① Since when and what kind of symptoms have you had?** いつから、どのような症状か

**Did you visit another hospital for these symptoms?** 他の病院を受診したか Yes / No

**Hospital Name** 病院名 \_\_\_\_\_

**When** いつ頃 \_\_\_\_\_ **Diagnosis** 病名 \_\_\_\_\_

**Course** 経過 \_\_\_\_\_

**② Have you ever been diagnosed with any illnesses?** 今までにかかった病気 No / Yes

**Age** 年齢 \_\_\_\_\_

**Diagnosis** 病名 \_\_\_\_\_ (Under Treatment 治療中 / Recovered 完治)

**③ Do you have any allergies to medications or foods?** アレルギーの有無 No / Yes \_\_\_\_\_

**④ About development/growth** 発達・発育について

**Have you ever been told by a doctor about developmental or growth concerns?** 医師から言われたこと No/Yes

**Additionally, do you have any concerns?** 気になっているところ \_\_\_\_\_

**Do you have any physical disabilities?** 体に不自由なところ \_\_\_\_\_

Eyes 目 / Ears 耳 / Legs 足 ( Wheelchair 車椅子 / Cane 杖 ) /

Hands 手 / Speech 言葉 / Other その他 \_\_\_\_\_

**⑤ At birth** 出生時について

**Delivery** 分娩 ( Normal Delivery 正常 / Other その他 )

**Gestational Age** 在胎週数 \_\_\_\_\_ weeks **Birth Weight** 出生時体重 \_\_\_\_\_ g

**⑥ Regarding family** 家族について

**Does anyone in your blood relatives have an eye disease?** 血縁関係内で目に病気のある方 No/Yes ( \_\_\_\_\_ )

**⑦ Please circle the applicable items** 該当する項目

- The size or color of the pupils differs between the right and left eyes. 右目と左目で、黒目の大きさや色が異なる
- The center of the pupil sometimes appears white. ひとみの中央が白く見えることがある
- Concern about the size of the eyelids. まぶたの大きさが気になる
- The eyes do not align properly (they may turn outward or inward). 両目の視線が合わない
- Squinting, frowning, or tilting the head to see objects. 目を細めたり、顔をしかめたり、首を傾げたりして物を見る
- Frequently bumping into objects or being afraid of stairs. よく物にぶつかったり、階段を怖がったりする
- Dislikes covering one eye. 片目を隠すと嫌がる
- Eyes appear to shake (nystagmus). 目が揺れる
- Abnormal use of colors when drawing. 絵を描くときに、色の使い方がおかしい
- Has a skin condition, seizures, or paralysis. 皮膚病、ひきつけ、麻痺（まひ）がある
- History of head or facial injury. 頭、顔の怪我をしたことがある
- Long-term use of medication. 薬を長期に服用している
- Has been hospitalized. 入院したことがある
- Excessive tearing or watery eyes. 涙っぽい
- Excessive eye discharge. 目やにが多い
- Redness of the white of the eye. 白目が赤い
- Sensitivity to light. まぶしがる

**If you have anything else you would like to discuss, please write below** その他に相談したいこと

---