

診察の参考に致しますので、当てはまる所に記入するか、○印をおつけ下さい。

Please fill out these information forms.

ふりがな					
患者様氏名 NAME	生年月日 DATE OF BIRTH	T. S. H. R	年 Y	月 M	日 D
ご住所 PRESENT ADDRESS					
お電話番号 TELEPHONE NUMBER	() ()	ご職業 OCCUPATION			
ご紹介者 YOUR ADVISER					

どうしましたか。 What's the problem?

- () 目がぼやける blurred vision () 目が痛い eye pain
 () 目がかゆい eye itching () めやに eye mucus(eye sleeper)
 () 目が充血する red eye () ものもらい lid infection(hordeolum)
 () 目が疲れる eye fatigue () ごろごろする foreign body sensation
 () ゴミが入った something in the eye () 目が乾燥する dry eyes
 () 虫がみえる flying flies
 () 涙が出る extensive secretion of tears
 () 視力検査希望 for the eye test
 () コンタクトレンズ希望 for making new contact lenses
 () メガネ希望 for making new glasses
 () その他 other things ()

今までどんな、病気をしたことがありますか。 Have you ever had any illness?

- () 目の病気 eye disease ()
 () 高血圧 high blood pressure
 () 糖尿病 diabetes mellitus
 () 心臓病 heart disease
 () 肝臓病 liver disease
 () その他 other disease ()

現在どんな薬を飲んでいますか。 Are you taking any medications?

- ある YES ない NO
 ●薬の名前 Name of drug ()

今までに薬や食物のアレルギーがありましたか。 Allergic to medications or food

- ある YES ない NO

血液型 Blood type

- A B O A B

日常の習慣 Daily routine

※たばこを吸いますか。 Do you smoke?

- 1日 本 cigarettes a day ない No, I don't.

※アルコールを飲みますか。 Do you drink?

- 多い a lot / everyday 少ない a little / sometimes 飲まない No, I don't.

※好きなもの Is there anything you like and / or eat much everyday?

- 肉 meat 魚 fish 野菜 vegetable 果物 fruits 甘いもの sweets
油っこいもの greasy 塩分の多いもの salty 辛いもの spicy(hot)