

EYE CARE INTERNATIONAL

YUKO TAKEDA, O.D.

Patient information

恐れ入りますが下記の質問事項をご記入下さい。診察の際にとっても大事な内容です。ご記入内容のプライバシーは厳守させていただきます。

Please help us get acquainted with you by providing the following. All of this information will be kept confidential. Your information will help us to provide you with the best eye care service.

お名前 (Name) _____

生年月日 (Birthday) ____ / ____ / ____ 職業 (Occupation) _____

年齢 (Age) _____ 保険 (Insurance) _____

ご住所 (Address) _____

電話番号 (Phone) (昼間 Day) _____ (夜間 Night) _____

現在ご使用されているもの (Do you wear) メガネ (Glasses)

コンタクト (Contact Lenses) 両方 (Both)

今日のご来診の理由は何ですか? (Reason for your visit?) _____

最後に検眼および眼科検査をされたのはいつですか? (Your Last Eye Exam)

_____ 医師 (By Who?) _____

ご紹介先 (Preferred Name) _____

今までに下記の診断を受けたことや下記の症状がありましたか? (Have you been diagnosed or experienced the followings?)

- () ぜんそく/Asthma () 頭痛. 偏頭痛/Headache () 白内障/Cataract
() 糖尿病/Diabetes () 緑内障/Glaucoma () エイズ/HIV
() 眼の手術/Eye Surgery () 心臓の手術/Heart Surgery
() 頭部のけが/Head Surgery () 肝炎A/B/C/Hepatitis
() 高血圧/Hypertension () 脳いっ血/Stroke
() 眼部のけが/Eye Surgery () 網膜剥離/Retinal Detachment () 一時的失明/Last Vision
() 癌 (種類)/Cancer (type) _____

その他の病気/Other Disease _____

現在お薬を飲まれていますか? (Are you taking any medication now?)

薬の名前 _____ 薬を飲まれている理由 _____

(Name of medicine) _____ (Medicine for) _____

アレルギーはありますか? (Any Allergy?) _____

血族の中で次の症状がある方がありますか? (Family History)

- () 癌/Cancer () 糖尿病/Diabetes () 心臓病/Heart disease
() 脳いっ血/Stroke () 緑内障/Glaucoma () 網膜剥離/Retinal Detachment
() 高血圧/Hypertension () 白内障/Cataract () 失明/Blindness