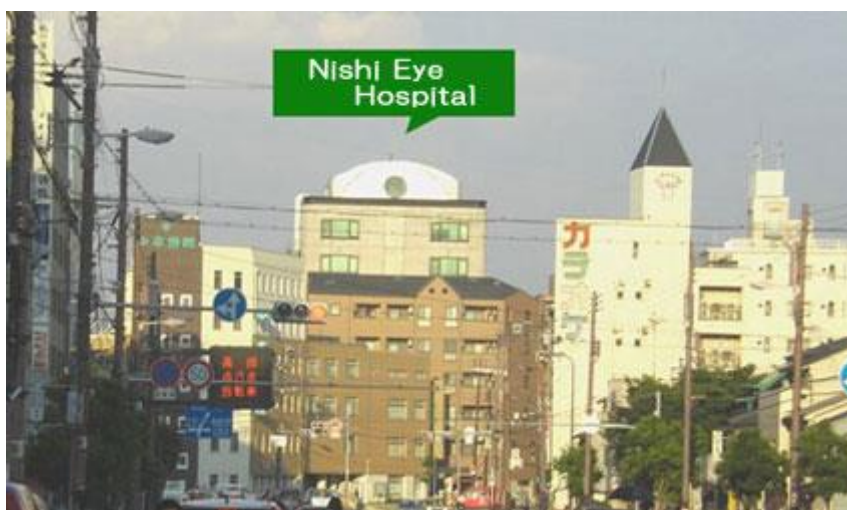


## Map To Nishi Eye Hospital



### **Nishi Eye Hospital**

4-14-26 Nakamichi, Higashinari-ku, Osaka 537-0025 JAPAN

Phone: 06-6981-1132

E-mail: [Office@nishi-ganka.or.jp](mailto:Office@nishi-ganka.or.jp)

- 🚶 8 minutes walk to the East from **Tamatukuri** Station of the JR Loop.
- 🚶 10 minutes walk to the East from **Tamatukuri** Station of the Subway, Nagahori-turumiryokuchi Line (Exit #3).

#### **Visiting Hours**

09:00am~12:00pm (First Visit: To 11:30am)

02:00pm~04:30pm (First Visit: To 04:00pm)

#### **No Consultation Day**

Thursday pm, Saturday, Sunday and National Holiday.

# Application Form 初診申込書

Year                  Month                  Date

\_\_\_\_\_

Have you consulted in **this** hospital before? 以前 当院で 診察を受けたことがありますか?

No                   Yes → When いつ (Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ )

Name 名前 \_\_\_\_\_ Male 男 ・ Female 女 Age 年齢 \_\_\_\_\_

Date of birth 生年月日 Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_

Address 住所 zip code \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Home Telephone 自宅電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Mobile phone 携帯電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Office telephone 勤務先電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Office name 勤務先名 \_\_\_\_\_

Introducer Person 紹介者 \_\_\_\_\_

Hospital 紹介病院 \_\_\_\_\_

Do you have a referral letter from another hospital? →  Yes  No

他病院からの紹介状をお持ちですか。

office use only 病院使用欄

\_\_\_\_\_

## Questions about Present & Past History 初再診問診票

Year 年 \_\_\_\_\_ Month 月 \_\_\_\_\_ 日 Day \_\_\_\_\_

Name 名 \_\_\_\_\_ Age 年齢 \_\_\_\_\_ Male 男 Female 女

Representative name 代理人名前 \_\_\_\_\_ relationship 関係 \_\_\_\_\_

Please tick appropriate box (es) below. 当てはまるものにチェックを入れてください。

### Chief Complaint(s) 主訴

- Blurred vision かすみ目       Seeing objects like small mosquitos flying 飛蚊
- Distorted vision ゆがんで見える       Glaring 光が見える       Difficulty reading 文字が読みにくい
- Tired Eyes 疲れ目       Double vision 複視       Sensitivity to bright light 眩しい
- Itchiness かゆみ       Dry Eye ドライアイ       Watery Eye なみだ目
- Bloodshot Eye(s) 充血       Discharge from eye(s) 目脂       Foreign body in eye(s) 目の異物
- Pain in eye(s) 目が痛い       Swelling できものがある       Swelled Eyelid 瞼が腫れている
- Eye injury 目の外傷       Reference for Cataract surgery 白内障目的での紹介
- Other (Please write) 他にあれば書いて下さい。 → ( )

Which eye? どちらの目? →  Right Eye 右眼       Left Eye 左眼       Both Eyes 両眼

How long have you had this? どのくらい?

\_\_\_\_\_hour(s)時間 \_\_\_\_\_day(s)時間 \_\_\_\_\_day(s)日間 \_\_\_\_\_week(s)週間 \_\_\_\_\_month(s)ヶ月 \_\_\_\_\_year(s)年間

Please write any other general eye problems you have. 他に気になる事を書いて下さい。

### Eyesight Correction 視力矯正

Do you wear eyeglasses? メガネをかけていますか?

No     Yes →  Eyeglasses (for seeing distant objects 遠用・for Presbyopia 老眼鏡・Bifocal 遠近両用)

Do you wear contact lenses? コンタクトレンズをしていますか?

No     Yes →  Contact lenses ( Disposable 使い捨て・Nondisposable(Soft)・Nondisposable(Hard))

Have you had vision-correcting eye surgery? 視力矯正手術をした事がありますか?     No     Yes

### Illness and Surgical History 既往歴、手術歴

Please select any illness you have had. 該当する疾患に印をつけて下さい。

- High blood pressure 高血圧     Diabetes 糖尿病     Asthma 喘息     Benign prostatic hypertrophy 前立腺肥大
- Cerebral infarction 脳梗塞     Hyperlipidemia 高脂血症     Hypercholesterolemia 高コレステロール
- Heart trouble 心臓疾患 (Name of diseases 病名 )
- Kidney failure 腎疾患 (Name of diseases 病名 )
- Cancer がん (Region 部位 )     Atopy アトピー     Hay fever 花粉症
- Allergic diseases アレルギー疾患 (Name of diseases 病名 )
- Since when いつから ( )

### Medication 薬

Are you currently taking any prescribed or over-the-counter medicine(s)?

今処方薬又は売薬を服用していますか?

No     Yes → Which medicine(s)? 何の薬を

Aspirin アスピリン     Pyrine medicine ピリン系     Sulfa drug サルファ剤     Penicillin ペニシリン

Other : Please write the medicine name(s). 薬名を具体的に書いて下さい。

Why are you taking it/them? 何の為

(Continued overleaf)

## Allergies アレルギー

Have you ever been allergic to anything? (medicine, food, other) アレルギーの有無 (薬、食べ物、他)

① Medicine · Injection 薬・注射

No  Yes →  Aspirin  Pyrine medicine  Sulfa drugs  Penicillin  
 Others ( )

② Food · Cosmetics · Detergent · Metal, etc. 食品・化粧品・洗剤・金属など

No  Yes → Name ( )

③ Alcohol for disinfection 消毒用アルコール

No  Yes

④ Othes → What? 何に \_\_\_\_\_

Have you had side effects caused by medicine? 薬の副作用の有無

No  Yes → Which medicine? 薬名 \_\_\_\_\_

Have you had problems after having a local or general anesthetic? 全身又は局所麻酔歴

No  Yes → Which medicine? 薬名 \_\_\_\_\_

## History about Treatment and Surgery 治療歴と手術歴

Have you ever had eye consultation in other eye hospital? 今までに眼科を受診された事がありますか?

No  Yes → Name of diseases 病名 ( ) When いつ ( )  
Name of Hospital 病院名 ( )  
Eye drops · Medication 点眼薬・内服 ( )

Have you ever taken eye surgery? 今までに眼の手術をした事がありますか?

No  Yes →  Cataract 白内障  Glaucoma 緑内障  Detachment of the retina 網膜剥離  
 Laser レーザー  Refractive surgery (e.g. LASIK) 屈折矯正手術  
 Others その他 ( )

Have you ever taken major surgery? 今までに大きな手術をした事がありますか?

No  Yes → Name of diseases 病名 ( ) When いつ ( )  
Name of surgery 手術名 ( ) Hospital 病院 ( )

Have you ever had convulsions? けいれんを起こした事がありますか?

No  Yes → When いつ ( )

Have you ever been vaccinated within one month? 1ヶ月以内に予防注射を受けた事がありますか?

No  Yes → The name of vaccine ワクチン名 ( )

## Questions for Women 女性への質問

Are you pregnant? 妊娠していますか? →  No  Yes  Not sure わからない

Are you currently breastfeeding? 今、授乳中ですか? →  No  Yes

Are you taking contraceptive pills? 今、避妊用のピルを服用していますか? →  No  Yes

## Others その他

Did you come here driving a vehicle? 乗り物を運転して来ましたか?

No  Yes →  Car 車  Motorbike オートバイ  Bicycle 自転車

Please return this form. Thank you.