

# Medical Registration Form

Name (family / given)

氏名 (名字 / 名前)

Sex Male / Female

性別 男 / 女

Date of birth

day

month

year

誕生日

日

月

年

Age

年齢

Address or hotel

住所または宿泊ホテル名

Nationality

国籍

Emergency contact Name :

緊急連絡先

Phone :

緊急連絡先電話番号

Japanese insurance

Yes / No

日本の公的医療保険への加入

1. In which eye do you have symptoms? (please circle)

具合が悪いのはどちら眼ですか?

Left eye

左眼

Right eye

右眼

Both eyes

両眼

2. What symptoms do you have? (please circle)

当てはまる症状はどれですか?

Itchy eye

かゆみ

Swelling around the eye

まぶたの腫れ

Bruised eye (black eye)

打ち身

Eye pain

眼痛

Bloodshot eye

充血

Foreign object in eye

異物

Blurred vision

かすみ

Eye discharge

目やに

Incomplete visual field

視野欠損

Watery eye

涙目

Floaters in visual field

飛蚊

Other (Please list)

その他

3. When did the symptoms start?

いつからですか?

day

month

year

4. Are you currently undergoing treatment for any diseases?

現在、治療中の病気はありますか?

Yes / No

If yes, please list:

5. Are you allergic to any foods or medications?

食べ物や薬でアレルギーはありますか?

Yes / No

If yes, please list:

6. Are you currently taking any medications?

服用中の薬はありますか?

Yes / No

If yes, please list:

7. Are you currently pregnant or breastfeeding? (please circle)

妊娠または授乳中ですか?

Yes / No

If yes, please circle:

Pregnant

妊娠

Breastfeeding

授乳

Unsure

不明