

SILKISS EYE SURGERY

눈얼굴 성형, 재건 및 안과 수술

관리사무실
400 29th Street, Suite 315
Oakland, CA 94609 전화번호
510.763.0881
FAX 51.763.0907

이름 _____ 생년월일: _____ / _____ / _____ 날짜 _____

사회력

현재 흡연하시거나 담배 제품을 이용하십니까? _____ 만약 그렇다면, 이를 중단하실 의향이 있으십니까? _____
흡연이나 담배 제품을 이용하신 적이 있으십니까? _____ 만약 그렇다면, 언제 이를 중단하셨습니까? _____

술을 드십니까? _____

그렇다면: 얼마나 자주 술을 마십니까? _____
보통 하루에 알코올이 함유된 음료를 몇 잔이나 마십니까? _____
한 번에 6잔 이상의 술을 얼마나 자주 마십니까? _____

인구통계

인종이 무엇입니까? 아시안 또는 아시안계 미국인 민족이 어떻게 되십니까? 히스패닉/라틴계
아프리카인 또는 아프리카계 미국인 비히스패닉/라틴계
코카시안 또는 유럽계 미국인
미국 원주민 또는 알래스카 원주민
하와이 원주민 또는 기타 태평양 도서 지역민 기타: _____

건강 선별검사

- 올해 인플루엔자 백신을 맞으셨습니까? _____
만약 그렇다면, 날짜와 접종자를 적어주십시오: _____
- 폐렴구균 백신을 맞으셨습니까? _____
만약 그렇다면, 날짜와 접종자를 적어주십시오: _____
- 녹내장 치료를 받고 계십니까? _____
만약 그렇다면, 담당 치료자를 적어주십시오: _____
- 당뇨를 가지고 계십니까? _____
만약 그렇다면, 조기 당뇨 눈 검사를 받으셨습니까? 날짜 _____ 담당 치료자 _____
만약 그렇다면, HbA1c 검사를 받으신 적이 있으십니까? _____ 날짜 _____ 장소 _____ 결과 _____
- 황반변성 치료를 받고 계십니까? _____
만약 그렇다면, 담당 치료자를 적어주십시오: _____
- 만약 황반변성을 가지고 계시다면, 현재 눈 비타민이나 항산화제를 드시고 계십니까? _____
- 65세 이상이라면, 낙상에 대한 걱정이 있으십니까? _____
- 여성이라면, 올해 유방촬영을 받으셨습니까? _____