

# SILKISS EYE SURGERY

面部整形、重建和眼窩手術

辦公室  
400 29th Street, Suite 315  
Oakland, CA 94609 電話  
510.763.0881  
傳真 51.763.0907

姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

## 社會歷史

您目前是否吸煙或使用煙草產品？ \_\_\_\_\_ 若是，您是否考慮戒煙？ \_\_\_\_\_

您是否有吸煙/使用煙草的歷史？ \_\_\_\_\_ 若是，您何時戒的煙？ \_\_\_\_\_

您飲酒嗎？ \_\_\_\_\_

若是： 您多久飲用一次含酒精的飲料？ \_\_\_\_\_

您平日飲用多少杯含酒精的標準飲料？ \_\_\_\_\_

您多久一次在一個場合中飲用 6 杯或以上的飲料？ \_\_\_\_\_

## 人口統計資料

您的種族為？	亞洲人或亞裔美國人	您的族裔是？	西班牙裔/拉丁裔
	非洲人或非裔美國人		非西班牙裔/拉丁裔
	白種人或歐洲裔美國人		
	美洲原住民或阿拉斯加原住民		
	夏威夷原住民或其他太平洋島民	其他：	_____

## 健康篩查

1. 您今年接種過流感疫苗嗎？ \_\_\_\_\_

若是，請列出接種日期及服務提供者： \_\_\_\_\_

2. 您是否曾接種肺炎球菌疫苗？ \_\_\_\_\_

若是，請列出接種日期及服務提供者： \_\_\_\_\_

3. 您是否正在接受青光眼治療？ \_\_\_\_\_

若是，請列出服務提供者： \_\_\_\_\_

4. 您是否患有糖尿病？ \_\_\_\_\_

若是，您是否接受過年度糖尿病眼科檢查？ 日期 \_\_\_\_\_ 服務提供者 \_\_\_\_\_

若是，您是否接受過 HbA1c 檢測？ \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_ 地點 \_\_\_\_\_ 結果 \_\_\_\_\_

5. 您是否正在接受黃斑退化治療？ \_\_\_\_\_

若是，請列出服務提供者： \_\_\_\_\_

6. 若您患有黃斑退化，您目前是否服用眼部維他命或抗氧化補充劑？ \_\_\_\_\_

7. 若您超過 65 歲，您會擔心跌倒嗎？ \_\_\_\_\_

8. 若您為女性，您今年接受過乳房 x 光檢查嗎？ \_\_\_\_\_