

SILKISS EYE SURGERY

眼顔面形成および眼窩外科手術

管理事務所
400 29th Street, Suite 315
Oakland, CA 94609 Phone
510.763.0881
Fax 51.763.0907

名前 _____ 日付 _____
生年月日: _____/_____/_____

社会歴

現在喫煙またはたばこ製品を使用していますか? _____ 「はい」の場合、止めることを考えたことがありますか? _____

喫煙/たばこの使用歴はありますか? _____ 「はい」の場合、止めたのはいつですか? _____

アルコール飲料を飲みますか? _____

「はい」の場合: アルコール飲料をどのくらいの頻度で飲みますか? _____

通常の日で、アルコール飲料をどのくらい飲みますか? _____

どのくらいの頻度で 1 回に 6 本以上のアルコール飲料を飲みますか? _____

人口統計

あなたの人種は何ですか? アジア人またはアジア系アメリカ人

あなたの民族性は何ですか? ヒスパニック/ラテン系

アフリカ人またはアフリカ系アメリカ人

非ヒスパニック/ラテン系

白人またはヨーロッパ系アメリカ人

ネイティブアメリカンまたはネイティブアラスカン

ネイティブハワイアンまたはその他の太平洋諸島出身者

その他: _____

健康診断

1. 今年はインフルエンザの予防接種を受けましたか? _____

「はい」の場合は、日付と医療機関をご記入ください: _____

2. 肺炎球菌ワクチンを接種したことはありますか? _____

「はい」の場合は、日付と医療機関をご記入ください: _____

3. 緑内障の治療を受けていますか? _____

「はい」の場合は、医療機関をご記入ください: _____

4. あなたは糖尿病ですか? _____

「はい」の場合、糖尿病眼科検査を毎年受けていますか? 日付 _____ 医療機関 _____

「はい」の場合、HbA1c 検査を受けましたか? _____ 日付 _____ 場所 _____ 結果 _____

5. 黄斑変性症の治療を受けていますか? _____

「はい」の場合は、医療機関をご記入ください: _____

6. 黄斑変性症の場合、現在、目のビタミンや抗酸化サプリメントを服用していますか? _____

7. 65 歳以上の方は、転倒の心配はありませんか? _____

8. 女性の場合、今年はマンモグラフィーの検査を受けましたか? _____