

SILKISS EYE SURGERY

OCULOFACIAL PLASTIC, RECONSTRUCTIVE AND ORBITAL SURGERY

行政管理辦公室
400 29th Street, Suite 315
Oakland, CA 94609 電話
510.763.0881
傳真 510.763.0907

姓名 _____ 日期 _____
出生日期： _____ / _____ / _____

社會史

您目前是否吸煙或使用煙草製品？ _____ 如是，您是否考慮戒除？ _____

您過去是否吸煙/使用煙草？ _____ 如是，您何時戒除的？ _____

您是否喝酒？ _____

如是： 您多久喝一次含酒精的飲料？ _____

您通常一天中喝多少標準杯含酒精的飲料？ _____

您在一個場合喝 6 杯或更多飲料的頻率有多高？ _____

人口統計資料

您的種族是？ 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. 您今年是否接種過流感疫苗？ _____
如是，請列出日期和提供者： _____
2. 您是否曾接種過肺炎鏈球菌疫苗？ _____
如是，請列出日期和提供者： _____
3. 您是否正在接受青光眼治療？ _____
如是，請列出提供者： _____
4. 您是否患有糖尿病？ _____
如是，您是否曾接受過年度糖尿病眼科檢查？日期 _____ 提供者 _____
如是，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？ _____
如是，請列出提供者： _____
6. 如您患有黃斑退化，您目前是否正在服用眼部維他命或抗氧化劑補充劑？ _____
7. 如您已超過 65 歲，您是否擔心跌倒？ _____
8. 如您是女性，您今年是否接受過乳房 X 光檢查？ _____