

手術前問診票

平成 年 月 日

お名前 _____ (男 女) 年齢 _____ 歳

手術に際し、必要なことを確認させていただきますので当てはまるものに○をつけて下さい。

① 今までに下記の疾患の診断を受けたことがある

なし あり

糖尿病	心臓病	高血圧	肺炎
腎臓病 (透析等)	喘息	アトピー性皮膚炎	
精神疾患 (認知症	うつ病	統合失調症)	

◎ 上記以外に現在治療中の疾患があればお書き下さい。

(_____)

② 現在、内服している薬がある

なし あり

泌尿器科の薬※重要情報 (前立腺)	糖尿病薬
血流改善薬 (バイアスピリン ワーファリン等)	
睡眠導入剤・精神安定剤 (デパス等)	抗不整脈薬 降圧薬
抗がん剤 抗生剤 鎮痛薬	

◎ 上記以外に現在服用中の薬があればお書き下さい。

服用中の薬がたくさんある方はお薬手帳をお見せ下さい。

(_____)

③ 泌尿器科の薬 (前立腺) の服用歴がある

なし あり (_____)

④ 過去に薬や麻酔薬等で具合が悪くなったり、アレルギー症状がでたことがある

なし あり

抗生物質	痛み止め	風邪薬	麻酔薬
目薬	アルコールや消毒薬		
その他 (_____)			

⑤ 他院で目の手術やレーザー治療を受けたことがある

なし あり

白内障	緑内障	網膜剥離	近視矯正
その他 (_____)			

⑥ 今までに眼科以外の手術を受けたことがある

なし あり ()

⑦ 仰向けで寝ることができる

はい いいえ

⑧ 補聴器を使用している方へ

補聴器を外すと (右耳 左耳 両耳)

多少は聞こえる 全く聞こえない

⑨ 術前～術後3か月の間、目薬の点眼を自身で行うことができる

はい いいえ → 点眼を介助してくれる人がいる (はい いいえ)

⑩ 術後3か月程度の定期的な外来通院が可能である

はい いいえ

⑪ 日常生活や趣味（水泳、ダイビング、格闘技、マッサージなど）で目を圧迫したり衝撃が加わることはない

はい いいえ ()

⑫ 歩行時、介助が必要である

いいえ はい ()

⑬ 手術当日、帰りのお付き添いはお願いできますか？

はい いいえ

⑭ 手術を受けるにあたり不安なことがあればお書き下さい

()