

# 手術前問診票

平成 年 月 日

お名前

---

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りますか？

なし あり→

高血圧	心臓病	糖尿病	喘息
腎臓病 (透析等)		肺炎	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、内服されている下記の薬はありますか？

なし あり→

血流改善薬 (バイアスピリン ワーファリン等)	糖尿病薬		
睡眠導入剤・精神安定剤 (デパス等)			
抗不整脈薬	降圧薬	泌尿器科の薬	抗癌剤
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 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はありますか？

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 ( )			

④ 他院で眼の手術やレーザー治療を受けられたことはありますか？

なし あり→

白内障	緑内障	網膜剥離	近視矯正
その他 ( )			

⑤ 今までに眼科以外の手術を受けられたことはありますか？

なし あり→ ( )

