ルミネはたの眼科

手術前問診票

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**記入日**＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急連絡先　①＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**②**＿＿＿＿＿＿＿＿

1、現在かかっている病気はありますか？

☐病気なし
☐高血圧　☐糖尿病　☐脳血管疾患（　　）
☐心臓病（　　）
☐気管支喘息　☐アトピー　☐腎臓病
☐前立腺肥大
☐その他の病気（　　）

2、現在使用している薬を教えてください。お薬手帳がある場合はコピーを取りますので、ご持参ください。

☐現在薬は使用していない

3、過去また今の**前立腺肥大の薬**を使用したことがありますか？服用年数も教えてください。

☐いいえ　☐はい→（　　）

4、過去に**薬や麻酔**で具合が悪くなったりアレルギー症状が出たことがありますか？

☐いいえ　☐はい→（　　）

5、これまでに手術をされたことがありますか？

☐いいえ　☐はい→（　　）

6、手術を受けるにあたり不安や疑問があればお書きください。

※術中の過度の緊張や血圧上昇などの折、医師の判断で薬剤（抗不安薬、降圧剤等）を投与する場合があります。※手術当日のご帰宅時は安全の為出来るだけお付添をお願い致します。