

6. 今まで目の手術を受けたことはありますか？
(はい ・ いいえ) (病名：)

7. 家族の中に目の病気をした方がいらっしゃいますか？ (特に緑内障)
(はい ・ いいえ) (病名：)

8. 今までにかかったことのある病気がありますか？
(はい ・ いいえ)
(はい)の方 → 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 結核 喘息
その他 ()

9. 現在、かかりつけの病・医院はありますか？
(はい ・ いいえ) (病医院名：)
(病医院名：)

10. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？
(はい ・ いいえ) (アレルギー物質：)
(点眼：)

11. 女性の方のみ、お答えください。
現在、妊娠しておられる、もしくはその可能性がありますか？
(はい ・ いいえ)

糖尿病がある方へ (糖尿病手帳をお持ちの方は、スタッフにお見せ下さい)

- ・ いつころ糖尿病と診断されましたか？ _____ 年前
- ・ 現在の血糖値やHbA1cはいくつですか？ (わかる方のみお答えください。)
血糖値 _____ HbA1c _____ %
- ・ 現在の糖尿病の治療について教えてください (当てはまる番号に丸をつけてください)
 1. 内服薬を使わずに、定期的に内科にみてもらっている
 2. 内服薬を出してもらっている
 3. インスリンの治療をしている
- ・ 糖尿病で眼科を受診したことがありますか？最後に眼科を受診したのはいつですか？
受診したことがない 受診したことがある (最終受診日) _____ 年前

以上になります。誠にありがとうございました。