

## 診 察 書 (再来者用)

### We Welcome You Back to Our Office !!

**住所／氏名**

姓	名	性別	生年月日	年令
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
住所		市 / 州 / 郵便番号		電話/自宅 ( )
職業		会社名		電話/会社 ( )
配偶者の名前		子供の名前 / 年令		<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他
E-メール		署名 / サイン		年月日

**診察歴**

1. 現在の眼鏡の使用年数: \_\_\_\_\_ 年      現在のコンタクトレンズ: 右: \_\_\_\_\_ 左: \_\_\_\_\_
2. 最後の眼科検診はいつ、どこですか: \_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_年      \_\_\_\_\_
3. 診察を受けに来た主な理由: \_\_\_\_\_
4. かかり付けの医師の名前: \_\_\_\_\_      一番最近の検診日: \_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_年
5. あなたまたは家族/親戚内で下記の病気がありますか?    もしあれば血縁関係も記入してください。
 

<input type="checkbox"/> 網膜疾患 _____	<input type="checkbox"/> 高血圧 _____	<input type="checkbox"/> 結核 _____
<input type="checkbox"/> 緑内障 _____	<input type="checkbox"/> 心臓病 _____	<input type="checkbox"/> 癌 _____
<input type="checkbox"/> 白内障 _____	<input type="checkbox"/> 甲状腺異常 _____	<input type="checkbox"/> 肝炎 _____
<input type="checkbox"/> 糖尿病 _____	<input type="checkbox"/> 高コレステロール _____	<input type="checkbox"/> その他 _____
6. 現在妊娠中ですか? ☐ はい ☐ いいえ      母乳で育てていますか? ☐ はい ☐ いいえ
7. 現在医学的な治療を受けていますか? または薬を服用していますか? ☐ はい ☐ いいえ  
 受けている治療や服用中の薬の名前: \_\_\_\_\_
8. 薬品に対してアレルギーがありますか? ☐ はい ☐ いいえ    薬品の名前: \_\_\_\_\_
9. 過去に目の病気/けが/手術をした事がありますか? ☐ はい ☐ いいえ  
 説明してください: \_\_\_\_\_
10. タバコを吸いますか? ☐ はい ☐ いいえ      お酒を飲みますか? ☐ いいえ ☐ たまに ☐ 頻繁に
11. 眼鏡/コンタクトレンズを使用中に下記の症状がありますか?
 

<input type="checkbox"/> 眼の疲れ	<input type="checkbox"/> 眼の痛み	<input type="checkbox"/> 二重に見える	<input type="checkbox"/> 夜見えにくい	<input type="checkbox"/> 夜運転しにくい
<input type="checkbox"/> 乾く	<input type="checkbox"/> 眼がしょぼしょぼする	<input type="checkbox"/> 眼のかゆみ	<input type="checkbox"/> ぼやけて見える	<input type="checkbox"/> 強い光線に異常に敏感である
<input type="checkbox"/> 光が走る	<input type="checkbox"/> 物が浮かんで見える	<input type="checkbox"/> 頻繁に頭痛がする	<input type="checkbox"/> 強度の頭痛がする	<input type="checkbox"/> その他 _____
12. 眼のためのエクササイズをするように診断された事がありますか? ☐ はい ☐ いいえ
13. 趣味や娯楽には何をしますか? \_\_\_\_\_

14. 新しいコンタクトレンズ（またはカラーコンタクトレンズ）に興味がありますか? ☐ はい ☐ いいえ
15. 視力回復手術に興味がありますか? ☐ はい ☐ いいえ

**コンピューターをお使いになる方**

16. 一日の使用時間: \_\_\_\_\_ 時間    モニターのサイズ: \_\_\_\_\_ インチ    スクリーンからの大体の距離: \_\_\_\_\_ センチ
17. コンピューター使用時に眼の痛みや、物がぼやけて見えたり、頭痛などを感じますか? ☐ はい ☐ いいえ

**コンタクトレンズをお使いの方**

18. コンタクトレンズの製品名: \_\_\_\_\_    一週間の使用日数: \_\_\_\_\_ 日    一日の使用時間: \_\_\_\_\_ 時間
19. タイプ: ☐ ハード ☐ ソフト ☐ ディスポーサブル ☐ ガスパーム ☐ 乱視 ☐ 複式レンズ ☐ 単式レンズ
20. 使用方法: ☐ ワンデーウエア ☐ フレキシブルウエア ☐ 長期ウエア    最後に使用した時期 ( )
21. 殺菌法: ☐ 加熱殺菌 ☐ 化学薬品    ・酵素入り ☐ はい ☐ いいえ    薬品名: \_\_\_\_\_
22. いま使用しているコンタクトレンズのタイプ、ブランドに満足されていますか? ☐ はい ☐ いいえ

# Voluntary Consent Form

Kraig J. Abe, O.D., F.A.A.O.

19665 Stevens Creek Boulevard, Cupertino, CA 95014-2422

Phone: (408) 252-3662

Fax: (408) 252-3679 E-Mail: [eyes@doctorabes.com](mailto:eyes@doctorabes.com)

---

**Consent to use or disclose health information for treatment, payment and health care operations.**

---

Patient Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Patient Address: \_\_\_\_\_

**SIGNING THIS DOCUMENT SIGNIFIES THAT YOU HAVE  
VIEWED OR RECEIVED A COPY OF OUR NOTICE OF PRIVACY PRACTICES.**

In the course of providing service to you, we create, receive and store health information that identifies you. It is often necessary to use and disclose this health information in order to treat you, to obtain payment for our services and to conduct health care operations involving our office.

We have a comprehensive ***Notice of Privacy Practices*** that describes these uses and disclosures in detail. You are free to refer to this notice at any time before you sign this ***Consent Form***. As described in our ***Notice of Privacy Practices***, the use and disclosure of your health information for treatment purposes not only includes care and service provided here, but also disclosures of your health information as may be necessary or appropriate for you to receive follow-up care from another health professional. Similarly, the use and disclosure of your health information for purposes of payment includes (1) our submission of your health information to a billing agent or vendor for processing claims or obtaining payment; (2) our submission of claims to third-party payers or insurers for claims review, determination of benefits and payment; (3) our submission of your health information to auditors hired by third-party payers and insurers; and (4) other aspects of payment described in our ***Notice of Privacy Practices***. Our ***Notice of Privacy Practices*** will be updated whenever our privacy practices change. You can get an updated copy here at the office.

When you sign this consent document, you signify that you agree that we can and will use and disclose your health information to treat you, to obtain payment for our services and to perform health care operations. You can revoke this consent in writing at any time unless we have already treated you, sought payment for our services or performed health care operations in reliance upon our ability to use or disclose your health information in accordance with this consent.

You have the right to ask us to restrict the uses or disclosures made for purposes of treatment, payment or health care operations, but as described in our ***Notice of Privacy Practices***, we are not obliged to agree to these suggested restrictions. If we do agree, however, the restrictions are binding on us. Our ***Notice of Privacy Practices*** describes how to ask for a restriction.

**I have read this consent and understand it. I consent to the use and disclosure of my health information for purposes of treatment, payment, and health care operations.**

---

Signature

---

Date

If signing as a personal representative of the patient, describe the relationship to the patient and the source of authority to sign this form:

---

Relationship to Patient

---

Print Name