

**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/Cell OK to text Y N ( )
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. かかり付けの医者のお名前: \_\_\_\_\_      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お名前: \_\_\_\_\_
8. 薬品に対してアレルギーがありますか?  はい  いいえ      薬品のお名前: \_\_\_\_\_
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  頻りに
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"/> 頻りに頭痛がする	<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目の痛みや、物がぼやけて見えたり、頭痛などを感じますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> ハード <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ディスポーサブル <input type="checkbox"/> ガスパーム <input type="checkbox"/> 乱視 <input type="checkbox"/> 複式レンズ <input type="checkbox"/> 単式レンズ
20. 使用方法: <input type="checkbox"/> ワンデーウエア <input type="checkbox"/> フレキシブルウエア <input type="checkbox"/> 長期ウエア      最後に使用した時期( )
21. 殺菌法: <input type="checkbox"/> 加熱殺菌 <input type="checkbox"/> 化学薬品      ・酵素入り <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

# Voluntary Consent Form

Kraig J. Abe, O.D., F.A.A.O., F.I.A.O.M.C.  
19665 Stevens Creek Boulevard, Cupertino, CA 95014-2422 USA  
Phone: (408) 252-3662  
Fax: (408) 350-7346 E-Mail: yoko@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

### 散瞳剤による瞳孔拡張検査について

当院では、定期検査の一部として、眼底検査を致しております。この検査は、視力検査には直接必要ありませんが、普段は狭い瞳孔を開くことにより、通常では見えにくい眼底の広範囲にわたる観察が可能になります。高血圧、糖尿病などによる網膜疾患、また緑内障などの早期発見、さらに全身疾患の診断にも関わる、大変重要な検査です。

一通りの視力検査が終わった後、散瞳剤をさして15－20分程待ち、その後ドクターが検査しますので、従来の検眼より30分程時間を要します。散瞳した状態は、個人差もありますが約4，5時間続きます。その間、光が眩しい、手元や小さい字が見づらいといった不自由がありますので、お仕事や車の運転に差支えがあると思われる方は、後日眼底検査だけを受けにお戻りいただくことも出来ます。（定期検査の一環ですので、別途診療代はかかりません。）

今日眼底検査をお受けになりますか？                    はい                    いいえ

### 眼底カメラ (Eye Screen) について

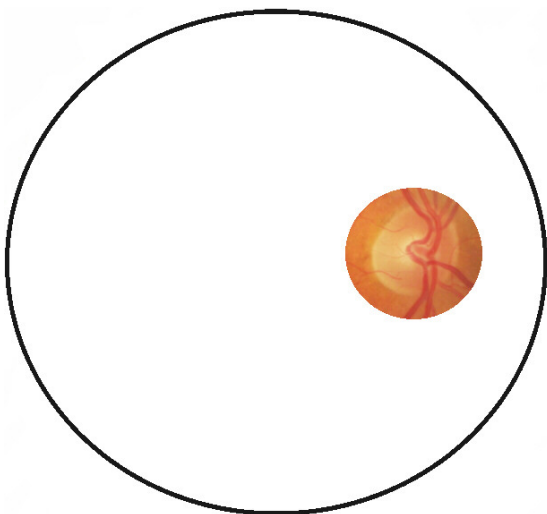
普段の状態の瞳孔を通して高画質カメラで眼底を撮影し、記録するのが眼底カメラです。この方法では：

- ・患者様が客観的にご自身の眼底を見ながらドクターの説明を受けられる。
- ・画像が記録に残り、次回の検眼時の比較に役立つ。
- ・通常、散瞳剤を使用しないので、お急ぎの方、妊娠／授乳中の方にも眼底検査を受けて頂ける。などの利点があります。（もともと瞳孔が小さいため、画像がクリアに撮れない場合は、瞳孔拡張検査をお勧めすることもあります。）

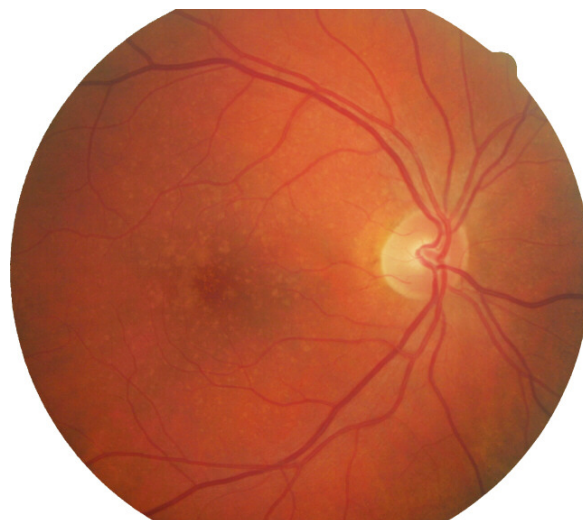
この撮影は、スクリーニングと見なされるため、従来の検眼用の保険ではカバーされず、自己負担が\$25発生します。

なお、この撮影によって緑内障、網膜症などの各種疾患の疑いが認められた場合は、散瞳剤による瞳孔拡張検査が不可欠となり、さらに高画質な立体画像の写真を撮影します。こちらの費用は\$105ですが、お持ちのメディカル保険に提出いたします。撮影を受けられる前に、保険証をご提示ください。後日、プラン内容に応じて明細をお送りします。\$25のチャージはありません。

網膜写真撮影はすべての眼科医にて推奨されています。



医師の顕微鏡で見える範囲



眼底カメラで見える範囲

今日眼底カメラでの撮影をお受けになりますか？（\$25） はい いいえ

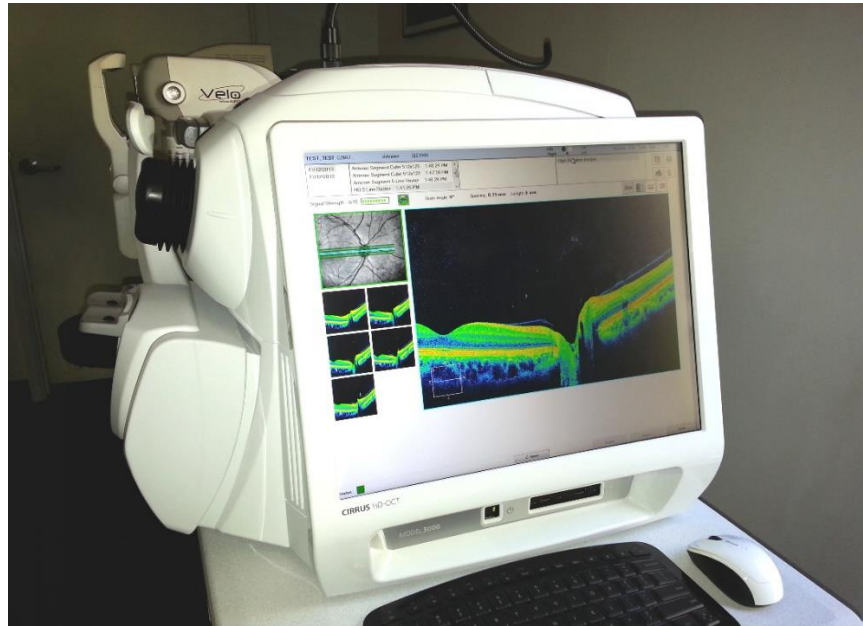
---

サイン

---

日付

## ZEISS WELL VISION EXAM



In an effort to provide a more thorough eye examination, Dr. Abe has joined with other leading-edge practices now performing comprehensive exams using the Zeiss Cirrus Ocular Coherence Tomographer (OCT).

Similar to an MRI of the eye, the Zeiss Well Vision Exam (ZWVE) scan reveals ocular anatomy and early signs of disease in exquisite detail. This leading edge technology allows Dr. Abe to examine, with unprecedented clarity, ocular health elements that are invisible using traditional eye exam methods.

The imaging can help detect potentially sight threatening diseases in the very early stages, when they are most treatable. In addition, some systemic diseases may also be detected.

Diseases that the ZWVE scan can help detect includes glaucoma, macular degeneration, diabetic and hypertensive retinal changes, retinal changes due to certain medications, eye tumors, multiple sclerosis, among others.

As part of your pre-exam testing, our technician will perform the Zeiss Well Vision Exam, which Dr. Abe will review with you during your examination today. There is a \$39 copay that is not covered by your vision or medical insurance.

Please let us know if you have any questions about the Zeiss Well Vision Scan.

- YES.** I wish to have the Zeiss Well Vision Exam to rule out sight threatening ocular and systemic diseases.
- I am unsure if I should do the Well Vision Exam and would like to discuss the benefits with Dr. Abe during my exam.
- NO.** I understand the advantages of the Zeiss Well Vision Exam and decline at this time.

# 目のいろいろ

## 第5回

### 新しい技術を用いた眼科検診

# 眼科

失明の恐れのある緑内障や加齢黄斑変性、糖尿病網膜症などの疾患は、一般的には早期に自覚症状が見られることはありません。そこでより正確な検査を提供するために、Optical Coherence Tomography（光干渉断層計）、略してOCTと呼ばれる最先端の医療器具が使われ始めています。体に用いられるMRIのように、OCTは従来の検査方法では見えない目の構造や疾患のサインを非常に鮮明に表示するので、まだ治療のしやすい早い段階での目の疾患や全身性病気を診断するうえで当院でも大変役立っています。

実際のOCTの使い方の例として以下のようなものがあります。

① 緑内障の早期診断のために、視神経乳頭（神経線維の集まる部分）の変形や陥没、視神経線維のスキャンを行い、またその変化を記録していく。

② 網膜、特に黄斑（網膜の中心部）

をスキャンし、網膜変性などの疾患を診断し、従来の観察や眼底写真では見えない網膜の組織の変化を調べる。網膜裂孔や糖尿病網膜症の診断にも使われる。

③ 目の前面をスキャンし、レーシックなどの手術を受ける患者さんの角膜の状態を調べる。また、特殊コンタクトレンズの処方段階で、角膜に与える傷や円錐角膜の有無などを記録する。

現時点では、すべての眼科医院にOCTが配備されているわけではありません。しかし、体に負担を与えず、短時間でこのように重要な診断要素の収集に役立つので、歯科で定期的にレントゲンを撮るように、近い将来全眼科医院でOCTを用いた診察が行われることが望ましいと思います。



## クレイグ 安部

電話：408-252-3662（日本語・英語可）  
19665 Stevens Creek Blvd, Cupertino CA 95014  
www.doctorabes.com  
eyes@doctorabes.com

検眼医。カリフォルニア州ロスアルトス市出身の日系4世。UC DAVIS卒業。デービス校在学中に上智大学に留学。イリノイ州カレッジ オブ オプトメトリー卒業。アメリカ検眼医アカデミー特別会員。オルソケラトロジーアカデミー特別会員。子供から大人までの検眼、結膜炎などの疾患の診療。