

病人资料 没有变化

姓 Last Name _____ 名 First Name _____ 性别 Sex 男 M 女 F
 社会安全号 SSN _____ 生日 Birthday _____ 住宅电话 Home Phone _____
 住宅地址 Address _____ 城市 City _____ 州 State _____
 邮政编码 Zip _____ 是谁推荐您来的 Referred By _____
 紧急联系人 Emergency Contact _____ 电话 Phone _____

保险信息 没有变化

保险公司 Insurance Name	会员号码 Member ID	保险人姓名 Insured's Name	保险人生日 Insured's DOB	与病人的关系 Relation to Patient

病历 没有变化

1. 家庭医生 _____ 上次体检日期 _____
2. 上次眼睛检查日期 _____ 医生 _____
3. 你是否戴眼镜? 是 否 目前的眼镜已用了多久 _____ 你是否戴隐形眼镜? 是 否 类型 _____
4. 你是否有以下症状? (请选择)

眼睛疲劳	眼睛干	眼前感觉有飘浮物	重影	眼底老化
眼睛痛	眼睛痒	眼冒金星	戴眼镜或隐形眼镜后视力模糊	严重或经常头痛
5. 你或你的直系亲属是否有以下? (请选择)

本人 直系亲属	本人 直系亲属	本人 直系亲属
白内障	色盲	视网膜疾病
青光眼	盲目或夜间视力差	高血压
糖尿病	对眼	高胆固醇
6. 你是否正在疾病治疗之中? 是 否 如果是, 请列出何种疾病 _____
7. 你是否正在服用任何药物? 是 否 如果是, 请列出何种药 _____
8. 你是否对任何药物(包括眼药水)过敏? 是 否 如果是, 请列出何种药 _____
9. 你的眼睛是否有或有过疾病, 损伤, 或手术? 是 否 如果是, 请列出 _____
10. 你是否有以下生理系统疾病? (请选择)

胃与肠	神经系统	内分泌系统	循环系统	肌肉/骨骼
耳鼻喉	泌尿系统	血液/淋巴	呼吸系统	皮肤

如果有, 请列出 _____
11. 你是否饮酒? 是 否 如果是, 数量 _____ 是否吸烟? 是 否 如果是, 数量 _____

12. 你是否使用过毒品? 如果是, 请列出 _____

以上所提供的信息都是准确的并且是尽了我最大的努力. 我授权 Excel Eyecare Optometry 提供我的病历或其他信息以便处理保险付款. 我同时授权我的保险公司直接付款给 Excel Eyecare Optometry.

病人签名

日期

以下归医生专用 (For Doctor Use Only)

Reviewed by doctor

Signature

Date