

## 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