

Dr. Paulina TuQuyen Han

名字: \_\_\_\_\_ 生日: \_\_\_\_\_  
地址: \_\_\_\_\_ 性別: 男 / 女  
城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 郵政編碼: \_\_\_\_\_  
家庭電話: \_\_\_\_\_ 安全社會號碼: \_\_\_\_\_  
移動電話: \_\_\_\_\_ 工作: \_\_\_\_\_  
我們可以通過短信嗎: 可以 / 不可以 婚姻狀況: 單身 / 結婚 / 離婚 / 寡  
電子郵件: \_\_\_\_\_ 誰提到你: \_\_\_\_\_  
緊急聯繫人: \_\_\_\_\_ 你會怎樣想獲得通知: 電子郵件 / SMS / 電話 / 寄  
什麼語言: \_\_\_\_\_

種族: 美洲原住民/阿拉斯加人 / 夏威夷人 / 非裔美國人  
白人 / 西班牙人 / 亞洲人 / 其他: \_\_\_\_\_

民族: 夏威夷人 / 西班牙人 / 不是西班牙人

保險信息: 我沒有保險 / VSP / Eyemed / Davis Vision / MES / Medicare / Medi-Cal / 其他: \_\_\_\_\_  
你是保險主要成員: 是 / 不是  
如果你不是, 請寫下名字, 出生日期, 和安全社會號碼: \_\_\_\_\_

今天光臨的理由: 醫學上的理由 年度檢驗 其他: \_\_\_\_\_

最後一次檢查了日期: \_\_\_\_\_ 最後擴張眼睛的日期: \_\_\_\_\_

請圈所有適用於你:

視力模糊	波動願景	疲憊的眼睛	閃現 / 飛蚊症
眼睛乾澀	做LASIK准分子激光手術	揉眼睛	疲勞
懶惰眼	什麼時候: _____	眼睛癢	注意力減少
感光度	可憐的夜視	頭痛	複視

你用移動電話 / 平板電腦 / 電腦 / 看書 (請圈所有適用於) 嗎?  
如果有的話, 每天多少小時? \_\_\_\_\_

如果你今天要檢查隱形眼鏡, 請圈出答案:

第一次 之前戴過 你穿什麼類型的鏡片: 硬的 / 軟的: \_\_\_\_\_

詳述 它會使你的瞳孔大, 這樣醫生可以拿到內部的眼睛健康的一個更好的視野. 它可能會在導致附近的視力模糊增加光線的敏感度3-5小時. 效果依患者而異. 如果你是糖尿病患者, 有高血壓或高膽固醇, 或是近視嚴重, 或正在服用某些藥物, 或你的眼睛在過去的2-3年內還沒有散瞳, 我們強烈建議散瞳. 你想做散瞳嗎?  
想 / 不想

視網膜影像攝影 它的檢測和條件管理協助諸如黃斑變性, 高血壓性視網膜病, 視神經病變, 糖尿病性變化和視網膜破洞或它也可以用來記錄影響眼睛疾病的異常. 你想有我們對您進行視網膜影像攝影嗎? (\$29) 想 / 不想

我授權處理我的申請需要的任何醫療信息的發布. 我明白, 我有責任承擔所有費用除了我的保險已經覆蓋的部分.  
我也承認, 我被賦予的隱私慣例形式的通知, 並了解HIPPA合規性的條款.

簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

家長或監護人姓名(如果未成年人): \_\_\_\_\_

患者代表之間的關係: \_\_\_\_\_

## 患者的健康史

名字: \_\_\_\_\_ 生日: \_\_\_\_\_

初級保健醫生: \_\_\_\_\_ 最後一次檢查了日期: \_\_\_\_\_

醫療/家族史 (如果需要更多空格處, 請告訴我們):

請列出您目前所有的藥物 (包括非处方药, 维生素和草药疗法):

請列出所有的大手術 (包括眼科手術): \_\_\_\_\_

請列出藥物或眼藥水任何過敏反應: \_\_\_\_\_

請指定任何條件適用於您或您的家庭成員:

疾病/障礙	你自己 有/沒有	家庭成員 有/沒有	與您的關係
白內障 / 失明	• •	• •	_____
眼睛轉	• •	• •	_____
青光眼	• •	• •	_____
黃斑變性	• •	• •	_____
視網膜脫離	• •	• •	_____
高血壓	• •	• •	_____
高血脂	• •	• •	_____
糖尿病	• •	• •	_____

其他: \_\_\_\_\_

女: 你懷孕了? 是 / 不是

您目前母乳喂養? 是 / 不是

系統回顧: 請在下面註明如果你曾經有一個問題, 以下任一:

### 過敏/免疫學

- 狼瘡
- 類風濕關節炎
- 季節性過敏

### 心血管

- 高血壓
- 高血脂
- 心臟病
- 血管疾病

### 總體健康

- 減肥 / 增重
- 發熱
- 疲勞
- 創傷

### 社交

- 烟草使用: 从不 \_\_\_\_\_ 目前 \_\_\_\_\_ 以前吸烟者 \_\_\_\_\_ 什麼時候 \_\_\_\_\_
- 非处方药: 有 / 沒有 \_\_\_\_\_
- 饮酒: 我不喝酒 \_\_\_\_\_ 只是偶尔 \_\_\_\_\_ 我酗酒 \_\_\_\_\_

### 內分泌腺

- 糖尿病
- 激素功能障礙
- 甲狀腺功能低下

### 胃腸道

- 克羅恩病
- 結腸炎
- 反酸 / 潰瘍
- 痛風

### 生殖器/泌尿健康

- 尿路感染
- 艾滋病
- 疱疹 / 衣原体

### 耳, 鼻, 喉

- 鼻竇炎
- 上呼吸道感染

### 血液/淋巴

- 貧血
- 白血病
- 出血性疾病

### 皮膚/外皮

- 濕疹
- 酒渣鼻
- 銀屑病

### 肌肉/骨骼

- 關節炎
- 纖維肌痛
- 強直性脊柱炎

### 神經

- 多发性硬化症
- 癲癇
- 顫抖

### 精神

- 抑鬱症
- 雙相障礙/躁鬱症
- 精神分裂症

### 呼吸系統

- 哮喘
- 支氣管炎
- 氣腫

請列出您可能有任何其他的條件都沒有在上面列出: \_\_\_\_\_

- 如果你沒有任何條件, 請在這裡圈**NONE**.

請登錄以下證明該信息是最新的, 並且您已經回答了上述問題給您所知.

簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_ 醫生的英文縮寫: \_\_\_\_\_