

为了你的全面检查, 请填写你的详细资料, 所有病人资料都会保密。

个人资料

姓	_____	家电话	_____	工作	_____		
名	_____	手机	_____	太阳眼镜	Y / N	用电脑?	Y / N
生于	MM/DD/YY			车牌	Y / N	Lic. Class	
电子邮箱 *	_____						
地址	_____			邮编	_____	微信号	_____
	* 我同意收到微信, 短信, 电邮的预约通知, 公告, 和大雪天。			你從那裏找到我們的? _____			
()	我同意收到眼睛健康信息。			你有眼睛用的保險嗎? _____			

眼病史

我今天眼睛有什么事? 美瞳/隱形/眼鏡/視力改變/其他: _____

Current Symptoms

() 眼烧着	() 红眼	() 眼睛干	() 重影
() 眼很痒	() 流眼泪	() 眼睛痛	() 模糊
你戴眼镜吗?	Y / N	Type: 远的	进的
你带隐形吗?	Y / N	Type: 日抛	两星期

Eye Conditions?

() 弱视	() 白内障	() 视网膜脱落	() 眼睑炎	() 眼睛感染
() 斜视	() 青光眼	() 黄斑病变	() 激光手术	() 眼部受伤
() 干眼病	() 角膜病变	() 糖尿病上眼	() 虹膜炎	() 眼外部手术

Medical History

() 癌症	() 心脏	() 哮喘	() 多发性硬化症	Allergies: 过敏
() 糖尿病	() 中风	() 慢性阻塞性肺病	() 结节病	
() 高血压	() 风湿	() 甲状腺	() 贫血	
() 高血脂	() HIV阳性	() 红斑狼疮	() 肝炎	
家庭医生: _____	她电话: _____	她传真号: _____		

Medications: 药物

Social History

() 吸烟	一天? 合: _____	() 用手机	# hours: _____	兴趣
() 喝酒	一天? 杯: _____	() 用手提电脑	#hours: _____	

Family History/家族

() 瞎眼	() 弱视/斜视	() 黄斑病变	() 癌症	() 心脏
() 白内障	() 青光眼	() 视网膜脱落	() 糖尿病	() 中风

Acknowledgement of Above Information

我承认上面所说属实, 我会按上面所说来接受治疗。

Signature

Date