

EyeTech Optometric Center
Patient Medical History and Information

Name (이름): _____

Address (주소): _____

Birthdate (생일): ____ / ____ / ____ Age (나이): _____

Email (이메일): _____

Phone (전화번호): (_____) _____

Sex (성별): Male (남) [] Female (여) []

Occupation (직업): _____

Primary Physician (주치의): _____

Office Phone (병원 전화번호): (_____) _____

Office Fax (병원 팩스): (_____) _____

Are you allergic to any medications? If so please list below

약물 알레르기가 있습니까? 있으면 적어 주십시오:

Have you ever had surgery? 수술은 한 적이 있습니까?

[]Yes []No If yes, what and when? 있으면 적어 주십시오

Have you ever had any of the following problems?

다음 이 증세가 있으신적 있습니까?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blood Pressure Problems 혈압문제 | <input type="checkbox"/> Shortness of breath 호흡곤란 |
| <input type="checkbox"/> Heart Problems 심장문제 | <input type="checkbox"/> Asthma 천식 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes 당뇨 | <input type="checkbox"/> Cancer 암 |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma 녹내장 | <input type="checkbox"/> Chronic Cough 만성 기침 |
| <input type="checkbox"/> Cataract 백내장 | <input type="checkbox"/> Kidney Problems 신장 문제 |
| <input type="checkbox"/> Eye Problems 눈 문제 | <input type="checkbox"/> Difficulty Urinating 소변 문제 |
| <input type="checkbox"/> Thyroid 갑상선 | <input type="checkbox"/> Ear Problems 귀 문제 |
| <input type="checkbox"/> Skin Problems/Hives 피부 문제 | <input type="checkbox"/> Sinus Problems 코 문제 |
| <input type="checkbox"/> Anemia 빈혈 | <input type="checkbox"/> Stomach Problems 위장 문제 |
| <input type="checkbox"/> Convulsions 발작/경련 | <input type="checkbox"/> Throat Problems 목 문제 |
| <input type="checkbox"/> Paralysis/Stroke 마비/뇌졸중 | <input type="checkbox"/> Liver Disease 간 문제 |
| <input type="checkbox"/> Dizziness 현기증 | <input type="checkbox"/> Arthritis 관절염 |
| <input type="checkbox"/> Migraines 편두통 | <input type="checkbox"/> Other 기타 _____ |

Do you smoke? 담배 피시나요?

Yes No

Do you drink? 술을 마시나요?

Yes No

If yes, how much?

_____ drinks Day/ Week/ Month

술 드신다면 얼마나 드시죠?

_____ 잔 하루/ 주/ 월

Current medications you are taking regularly. Both name and dosage please.

현재 복용하는 약 이름과 복용사양.

Name (이름)

Dosage (mg) (도수)

For (사용이유)