

# 진료카드 (Patient Record)

DR. DEBBIE KIM

\_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_일

성명: \_\_\_\_\_

성별 (SEX) 남(M) \_\_\_\_\_ 여 (F) \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_

나이(AGE): \_\_\_\_\_세

주소: \_\_\_\_\_

전화번호: 자택 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

휴대폰: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

보험회사: \_\_\_\_\_

Policy: \_\_\_\_\_

Social Security 번호: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

본 안과 방문경위: 이웃 소개 ( ), 친구소개 ( ), 광고 ( ), 기타 \_\_\_\_\_

1. 다른 병으로 병원을 다닌 기록: 예 (Y) \_\_\_\_\_ 아니요 (N) \_\_\_\_\_

병명: \_\_\_\_\_ 병원이름: \_\_\_\_\_

2. 치료시 의사에 대한 요청사항: \_\_\_\_\_

현재복용 중인 약물: 있음 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 없음 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

약 이름: \_\_\_\_\_

3. 눈 치료를 위한 약물 사용: 있음 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 없음 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

약 이름: \_\_\_\_\_

4. 알레르기 반응: 있음 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 없음 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

5. 방문목적: \_\_\_\_\_

6. 콘택렌즈 사용 경험: 있음 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 없음 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

본인은위에 관한 특정 건강 정보의 사본을 사용하고 공개하는 것을 허가합니다.

Sign \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

본인은 제공된 서비스에 대한 의료 혜택의 지불을 승인합니다.

Sign \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_