



환자 기록

MRN:_____

영문 이름:_____

보험회사 : _____

생년월일: _____

성별: 여자() 남자() Other: _____

이메일 주소:_____

주소: _____

선호하는 연락방법: 전화 / 이메일 / 문자

시티 / 주: _____

Zip code : _____

전화 번호:_____

체중 ()kg or () lbs

키 ()cm or () inches

응급 연락처

이름: _____

번호: _____

Healthcare Proxy (의료 결정 위임자):

예 or 아니오

담당 의사(주치의)

영문이름: _____

전화 번호: _____

City or Zip Code: _____

선호하는 약국

이름: _____

전화 번호: _____

City/ Zip Code: _____

추천 하신 의사

이름: _____

전화 번호: _____

현 눈 문제:

왼쪽 / 오른쪽 / 양쪽 : _____

기간 (circle): 1주일 이하 / 1 주일 이상 / 1 달 이상 / 3 개월 이상 / 1년+ 이상

경도 (circle): 약함 / 중간 / 극심

변동사항: 좋아지고 있음 / 나빠지고 있음 / 변함 없음

증상 완화 / 악화 사항: _____



과거 안과 병력

- 왼쪽 / 오른쪽: _____
- 왼쪽 / 오른쪽: _____

과거 안과 수술

- 왼쪽 / 오른쪽: _____
- 왼쪽 / 오른쪽: _____

과거 또는 현재 병력:

혈압 ___ 당뇨 ___ 콜레스테롤 ___ 갑상선 ___ 전립선 ___ 류마티즘 ___ 골다공증 ___

복용중인 의약품

현재의 모든 약 목록을 나열하십시오: (비타민 제외)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

약에 대한 알레르기

특정 약에 알레르기가 있는 경우 반응을 나열하십시오:

_____	_____	_____
_____	_____	_____

과거 수술 병력:

가족 병역사:

직업과 직장:

흡연 상태 (하나를 선택하십시오):

- 현재 매일 흡연자
- 현재 가끔 흡연자
- 이전 흡연자
- 흡연 경험 없음

알코올 섭취량 (하나를 선택하십시오):

- 없음
- 하루에 1 잔 이하
- 하루에 1-2 잔
- 하루에 3 잔 이상

65 세 이상인 경우, 24시간 동안 5 잔 이상 마셔 본 횟수는 몇 번입니까? _____

현 운전 상태:

- 낮 운전
- 밤 운전
- 운전 안함

체계적 검사

현재 다음 중 하나가 발생합니까? 예 아니오를 체크해 주세요:

	체계	예	아니오
나쁜 시력	눈		
눈 통증	눈		
젖은 눈물	눈		
눈 충혈	눈		
광시증 (눈에 빛이 번쩍거림)	눈		
비문증 (날파리증/ 눈에 부유물이 떠다님)	눈		
일시적 시력손실	눈		
가려움	눈		
시력 손실	눈		
통제되지 않는 혈압	심장학		
통제되지 않는 혈당	내분비과		
체중 감량	총체적		



Samuel H. Yun Ophthalmology PLC
 Comprehensive Ophthalmology and Vitreoretinal Surgery

	체계	예	아니오
짖은 코피	이비인후과		
마른 입	이비인후과		
짖은 기침	호흡기		
호흡 곤란	호흡기		
위장 장애	위장병		
설사	위장병		
관절염	근골격계		
두통	신경학		
걱정	정신과의		
알레르기	알레르기/면역학		

그 외 다른 증상:

의료 경보

예 아니오를 체크해 주세요:

경보	예	아니오
접착제에 알레르기		
리도카인에 알레르기		
플루오레신 알레르기		
Allergy to Dilation Drops		
혈액 희석제		
세동 제거기		
Flomax		
MRSA		
맥박 조정 장치		
임신 또는 임신 계획		

그 외 다른 증상: