정무창 안과에 오신것을 환영합니다.

Welcome to *Park Forest Optical*

저희 병원을 찾아주신 모든분들께 진심으로 감사의 말씀을 드립니다.

환자분 성함:		생년월일:	성별: 남 여	오늘 날짜:
주소:		아파트#:	집 전화번호:	
도시:	주:	우편번호:	집외의 전화번호:	

저희 병원을 어떻게 찾아오셨습니까? _____ Email 주소:_____

고용주: _____ 직업: _____

책임자: _____ 소셜 #:_____

안과 보험: _____ 자신____ 배우자_____ 그외_____

보험 계약자 성함: _____소셜: _____생년월일: _____

_

Insurance authorization: I hereby authorize the physician(s) indicated to furnish information to insurance carriers concerning my eye's problems and/or treatments and I hereby irrevocably assign to the physicians all payments for services rendered to myself or to my dependents. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not covered by insurance. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Initials: _____ **Payment form**: ____cash ____credit card ____check **Driver's License#**:_____

마지막 검안 날짜: ____/____/____ 안경을 쓰신적이 있으십니까? _____

콘택트 렌즈를 끼십니까? _____ 종류: _____ 사용기간: _____

오늘 저희 병원을 찾게되신 이유가 무엇입니까? (해당되는 모든것에 체크를해 주세요)

___정기적인 검안 ___두통 ___눈병

___멀리보는 시아가 흐림 ___안경을 맞추기 위해서 ___콘택트 렌즈 옵션을 알기 위해서

___콘택트 렌즈를 원해서: __Soft (__disposables __daily __colored) __Gas Permeable __그외

눈이나 시력에 문제가 있으십니까? 정확하게 설명해주세요: _____

아래를 보시고 자신에게 해당되는 모든것에 체크를 해주세요:

__당뇨병	__번쩍거림	__ 알콜	__눈 손상	__다발성경화증	__순환문제
__뇌졸증	__관절염	__눈 수술	__고혈압	__망막박리	__각막병
__알러지	__암	__녹내장	__편두통	__심장병	__호흡곤란
__Floaters	__백내장	__곧바르지 않은 눈		__Macular degeneration	__그외

위에 해당되시는 가족분이 계십니까? 있으시다면 써주시길 바랍니다:_____

현재 복용하시고 계시는 약 이름들: _____

특정 약물에 알러지가 있으십니까? 그렇다면 그 약의 이름을 적어주세요:_____

임신중: 예 아니오 **흡연: 예 아니요**

<u>동공팽창</u>

동공팽창은 눈에 물약을 넣어 4 시간내지 6 시간이 지속되며 이 시험을 수행함으로서 망막(눈 뒤쪽)까지 정밀 검사해 드립니다. 이 시험이 끝나고 운전을 하실수 있으시나, 다른 분에게 운전을 맡기시는 것을 권합니다. 동공팽창을 함으로서 백내장, 녹내장, 망막문제, 신경학병을 예방할수 있습니다. 동공팽창은 $20 이 더 추가가 됩니다.

___오늘 동공팽창을 하고싶습니다. ___다음에 동공팽창을 하겠습니다. __동공팽창을 하지 않겠습니다.

<u>비쥬얼 필드 스크리닝</u>

이 스크리닝은 섬세한 실험으로서 녹내장, 망막문제, 신경학병 (뇌종양과 시신경병)의 상태를 진단하는 시험입니다. 저희는 여러분들이 안심하실수 있도록 빨리 병을 찾아내서 예방해, 병이 상승하기전에 발견하며-발견이 되었다면 최소한도로 좋은 효과를 미치게 해드릴 것입니다. 이 시험은 10 분안에 끝나며 $20 이 더 추가가 됩니다.

___비쥬얼 필드 스크리닝 테스트를 하겠습니다 ___비주얼 필드 스크리닝 테스트를 하지 않겠습니다

PAYMENT IS EXPECTED WHEN SERVICES ARE RENDERED UNLESS OTHER ARRANGEMENTS ARE MADE IN ADVANCE. THANK YOU. ALL PROFESSIONAL FEES ARE NON-REFUNDABLE.

X_____ **_____**

Signature of Patient or Responsible Party **Date**