## Dr. John H. Lee & Associates 에 오신 것을 환영합니다

성함 Name:	급일 Today's date:		
주소 Address:	성별 Sex: 남 M 여 F 결혼여부 Marital Status:		
시/주/우편번호 City/State/Zip:	생년월일 Date of Birth: 나이 Age:		
전화번호 Phone #s: _  자택 Home:	ŀ회 보장 번호 Social Securi	y Number:	
핸드폰 Cell:	고용주 Employer: 직업 Occupation:		
직장 Work:	이메일 Email:		
1 차 진료의/주치의 Primary Care Physician: 전화반	호 Phone#: 마지막 검진일 Last seen:		
과거 안과의사/검안의 Previous Eye Doctor: 마지막	검진일 Last seen:		
과거에 안경을 쓰신적이 있으십니까? Have you ever worn glasses	/ N 콘텍트 렌즈 구매여부 Interested in contact lenses? Y N		
지금도 안경을 쓰십니까? Do you still wear them?	N 과거 콘텍트렌즈 착용여부 Have you ever worn them? Y N		
안경을 쓰시는 용도: Uses for glasses:	현재 콘텍트렌즈 착용여부 Do you still wear them? Y N		
□항상 Always □컴퓨터 Computer □독서 Reading	If yes: 콘텍트렌즈 타입 Type of contacts:		
□운전 Driving □보안 Safety □운동 Sports	교체시기 Replacement Schedule:		
□햇빛 Sun □콘텍트렌즈 대체 Back up to contact lenses	렌즈 세척액 Cleaning System:		
이하 질병 증상을 과거에 지니셨거나 현재 지니고 계십니까? Y	해당되는 모든 증상에 :	표기하십시오. Check all that apply:	
□ 눈 감염 Eye Infection □백내장 Cataracts □망막 박리 Retinal Detachment □ 눈부상 Eye Injury: R / L			
다시 Crossed/Lazy Eyes 다한 Macular Degeneration 다맹목 Blindness 다가 Other:			
□당뇨 Diabetes □각막 마모 Corneal Abrasion □원추 각막 Keratoconus □녹내장 Glaucoma □궤양 Ulcer □ 눈 수술 Eye Surgery (specify):			
이하와 같은 가족 병력이 있으십니까? 해당되는 모든 증상에 표기하십시오.			
□백내장 Cataracts □ 녹내장 Glaucoma □맹목 Blindness □황반변 Macular Degeneration			
다시 Crossed/Lazy Eyes 기타 Other:	계 Relationship: □ 해당사항 없음 None		
다음과 같은 문제를 가지고 있습니까?	rtelationship.	니 에ሪ시당 따는 None	
어음과 같은 문제를 가지고 있습니까! Yes No	es No		
□ □ 없음 No Problems	] 🔲 이물감 Foreign Bod	y Sensation	
□ □ 흐린 시야 Blurred Vision	] 🔲 눈처짐 Droopy Lids		
□ □ 야간 운전시 어려움/눈 부심 Difficulty Driving at Night / Glare	□ 비문증 Spots or Floater - new? Or increase?		
□ □ 복시 Double Vision	및보임 Seeing Light Flashes		
□ □ 시력손상 Loss of Vision or Side vision	□ 눈부심/광선 혐기증 Increased Light Sensitivity		
□ □ 적안 Red Eyes □ □ 눈 가려움/화상 Eyes itch / burn / both	□ 안구건조 Dry Eyes □ 두통 Headaches: 발병빈도 how often?		
□ □ 눈가려움/화상 Eyes itch / burn / both □ □ 눈물 Eyes water / tear / discharge	□ 두통 Headaches: <u>발병빈도 how often?</u> 위치 where?		
□ □ 눈주위 통증 Pain in / around eyes	] 🔲 기타 Other:		
이하와 같은 본인 또는 가족 병력/증상이 있으시면 표기하십시요. 이하 정보는 저희가 귀하에게 최상의 진료를 제공하는데 도움이			
될 것 입니다. 본 자료는 진료 용도 이외에 다른 목적으로 사용되지 않습니다.			
본인 가족	본인 가족		
Yes No Yes No □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	es No Yes No 기계	g 알러지 Seasonal Allergies	
	A =1 -	를 달다지 Seasonal Allergies   장애 Circulation Problems	
	0.5	근란/천식 Respiratory Prob/Asthma	
71.11.1.7.7.7.7.1.B.		의존 Chemical Dependency	
□ □ □ 갑상선 질환 Thyroid Disease	7101	불안 Depression/Anxiety	
□ □ □ □ 자가면혁질환 Auto Immune Disorder	_	Hepatitis (Type:)	
□ □ □ □ □ 다발성 경화증 Multiple Sclerosis		혹은 수유 유무 Pregnant or Nursing	
□ □ □ 암 Cancer (specify):	_	온/HIV 보균자 AIDS/HIV Positive	
□   □   □   □   유육종증 Sarcoidosis		실환 Infectious Dis (List:)	
□ □ □ □ 흡연/음주 Tobacco / Alcohol use		Other:	
현재 복용하시는 약이 있습니까? 처방제또는 비처방약 등을 기재하십시오:			
약물 또는 점안액 알러지가 있으시면 기재하십시요			
위의 내용 외에 의사와 상담할 내용이 있으십니까?			

어떻게 저희 병원을 찿으셨나요?

Patient Name (If patient is under 18, the name of the responsible party):			
I acknowledge that I will be a self-paid patient today. That means that I will be paying my balance today in full at the time of service. I will not be sending in a claim to an insurance company of which this practice is already a provider.			
SIGNATURE OF PATIENT OR RESPONSIBLE PARTY	DATE		
INSURANCE INFORMATION AND RELEASE OF INFORMATION			
In the event that your insurance does not pay for the services provided in our office, you will be responsible for any unpaid balances. Verification of vision coverage does not guarantee insurance company payment. Payment is based on actual coverage and policy determination upon receipt of the claim for the date of service. It is also your responsibility to know and understand any deductible or co-insurance payments your plan has that you will be responsible to pay. Please provide the following information that is necessary so that we are able to process your claim.			
_			
PATIENT NAME PATIENT DATE OF BIRTH	PATIENT SOCIAL SECURITY#		
POLICY HOLDER NAME POLICY HOLDER DATE OF	BIRTH HOLDER SOCIAL SECURITY#		
	CHILD SPOUSE SELF		
POLICY HOLDER'S EMPLOYER PATIENT	RELATIONSHIP TO POLICY HOLDER (CIRCLE)		
	` ,		
VISION PLAN NAME VISION PLAN ID#	GROUP#		
VISION I EAN NAME	GNOOT #		
MEDICAL INSURANCE NAME MEDICAL INS ID#	GROUP#		
WESTONE INVOICEMENT WILL WESTONE INVOICEMENT	G1301 #		
SECONDARY MEDICAL INSURANCE NAME SECONDARY MED IN	NS ID# GROUP#		
SECONDART MEDICAL INSURANCE NAME SECONDART MED II	NO ID# GROUF #		
I,			
SIGNATURE OF PATIENT OR PERSON RESPONSIBLE FOR PATIENT'S	BILL DATE		
OLONIA OLONIA DI L'AMBINI DI CANTALLA C	D.I.E.		
OFFICE USE ONLY			
AUTHORIZATION # REE: CLFITTING:	CLS:		
ELIGIBILITY VERIFIED VIA (CIRCLE): FAX INTERNET PHONE (VERIFIER'S NAME: )			
ELIG FOR EXAM: Y N ELIG FOR CLFIT: Y N	ELIG FOR CLS ALLOWANCE: Y N		
COPAY: COPAY:	COPAY:		