



환자 정보

성 _____ 이름 _____ 미들네임 _____
법적 보호자 이름 (18세 미만인 경우) _____
생년월일 _____ 주민등록번호 -- _____ 성별 M / F _____
주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____
휴대폰 번호 _____ - _____ - _____ 이메일 주소 _____
비상 연락처 _____ 관계 _____ 전화번호 -- _____
추천인 _____ 선호 언어 _____

보험 정보

보험 회사 _____ 회원 ID _____
주 회원 이름 _____ 생년월일 _____
주 회원 SSN _____ - _____ - _____ 환자와의 관계 _____
의료 보험 이름 _____ HMO 또는 PPO? _____

환자 의료 및 안과 병력

마지막 안과 검진 날짜? _____ 직업? _____
오늘 검진 이유 안경 콘택트렌즈 Ortho-K 라식 상담 기타
안경을 착용하십니까? 예 아니오 몇 년? _____ 예비 안경이 있습니까? 예
아니오
콘택트렌즈를 착용하십니까? 예 아니오 브랜드 _____
눈 부상이나 눈 수술을 받은 적이 있습니까? 설명해 주세요 _____

다음 의료 상태 중 해당되는 항목에 체크해 주세요:
 지난 검진 이후 변경 사항 없음 당뇨병 (1형 / 2형) 고혈압 심장병 고지혈증
 뇌졸중 갑상선 질환 천식 두통 암 기타 _____

다음 안과 상태 중 해당되는 항목에 체크해 주세요:
 지난 검진 이후 변경 사항 없음 복시 번쩍임/떠다니는 물체 눈 건조 사시/약시
 빛 민감성 녹내장 망막 박리 백내장 황반변성 기타 망막 질환
기타 _____

다음 질병의 가족력이 있습니까?:
 지난 검진 이후 변경 사항 없음 당뇨병 고혈압 심장병 고지혈증 갑상선 질환
 암 녹내장 망막 박리 백내장 황반변성 사시/약시

현재 복용 중인 약물을 기재해 주세요:
어떤 약물에 알레르기가 있습니까? 있다면 기재해 주세요:

여성 전용: 임신 중이거나 수유 중입니까? 예 아니오
개인 기호 습관: 흡연 음주 기호성 약물 담배

전화번호 및 이메일 주소

사용 발신 및 수신되는 문자 메시지와 이메일이 예약 확인/알림 및 주문 상태 업데이트와 같은 사무실 업무 목적으로만 사용된다는 것을 인지합니다. 저는 Diamond Optometry가 제 개인 정보를 포함한 이메일, 문자 메시지, 음성 메시지를 남기는 것을 허용합니다.

환불/교환/취소

저는 환불, 교환, 또는 취소 요청이 서비스 후 24시간 이내에 매장 크레딧으로만 가능하며 20% 재고 정리 수수료가 부과됨을 이해합니다. 검진 비용에 대한 환불은 불가합니다.

결제 책임

저는 서비스 당일 결제가 필요하다는 것을 이해합니다. 저는 받은 서비스에 대한 의료 혜택의 지급을 해당 의사 또는 서비스 제공자에게 승인합니다. 제 보험이 제공받은 서비스 또는 재료의 전부 또는 일부를 보장하지 않을 경우, 저는 전액 결제 책임이 있음을 이해합니다.

개인정보 보호정책 공지 (HIPAA)

서명된 환자 또는 환자의 법적 대리인은 아래 명시된 날짜에 Diamond Optometry의 개인정보 보호 정책을 받았음을 인정합니다. 사본은 프론트 데스크에서도 구할 수 있습니다.

환자 이름 (인쇄체): _____

법적 보호자 이름 (18세 미만인 경우): _____

환자/법적 보호자 서명: _____

날짜: _____

DOCTOR'S USE ONLY

_____ Make family appointments

_____ Retinal image (Y/N)

CONTACTS: _____ Order trials _____ Follow-up appt needed _____ Ready to order

GLASSES: Usage: Full Time Part Time Distance Near Computer Over CLs

Type: Single Vision Bifocal Progressives Computer

Material: Polycarbonate Hi-Index 1.66 Hi-Index 1.74

Other: Transitions AR Blue-Light Polarized

Second pair?: _____

FOLLOW UP: _____ weeks/months

FOLLOW UP TYPE: _____ Contact Lens

_____ Medical

_____ Glaucoma

_____ Ortho-K

Testing Needed: _____ DFE

_____ OCT

_____ DRI

_____ VF