



### 患者資訊

姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 中間初始 \_\_\_\_\_  
法定監護人姓名 (如果未滿 18 歲) \_\_\_\_\_  
出生日期 \_\_\_\_\_ 年齡 \_\_\_\_\_ 社會安全號碼 \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_ 性別 男 / 女 \_\_\_\_\_  
地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 狀態 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_  
手機號碼 \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ 電子郵件地址 \_\_\_\_\_  
緊急聯絡人 \_\_\_\_\_ 關係 \_\_\_\_\_ 手機號碼 \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_  
你是怎麼知道我們的? \_\_\_\_\_

### 保險資訊

視力保險名稱 \_\_\_\_\_ 會員 ID \_\_\_\_\_  
主要會員姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_  
主要會員的社會安全號碼 \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ 與患者的關係 \_\_\_\_\_  
醫療保險名稱 \_\_\_\_\_ HMO 或 PPO? \_\_\_\_\_

### 患者病史和眼科病史

您上次眼科檢查是什麼時候? \_\_\_\_\_ 你的職業是什麼? \_\_\_\_\_  
今天考試的原因:  眼鏡  隱形眼鏡  角膜塑形術  雷射矯正手術諮詢  其他 \_\_\_\_\_  
你戴眼鏡嗎?  是  不是 你的眼鏡多大了? \_\_\_\_\_ 你有備用眼鏡嗎?  是  不是  
你戴隱形眼鏡嗎?  是  不是 隱形眼鏡品牌 \_\_\_\_\_  
您有過任何類型的:  眼睛受傷 或  眼科手術? 請說明 \_\_\_\_\_

如果您有以下任何健康狀況, 請勾選此方塊:  自上次考試以來沒有改變

糖尿病 (1 型 / 2 型)  高血壓  心臟病  高膽固醇  中風  甲狀腺疾病  氣喘  頭痛  
 癌症  其他 \_\_\_\_\_

如果您患有或曾經患有以下任何眼部疾病, 請勾選此方塊:  自上次考試以來沒有改變

雙視  閃光/飛蚊症  眼睛乾澀  鬥雞眼/懶惰眼  光敏度  青光眼  視網膜剝離  白內障  
 黃斑部病變  其他視網膜疾病  其他 \_\_\_\_\_

任何有以下情況的家族史?: 如果有的話, 是誰? M (母親) F (父親) GM (祖母) GP (祖父)

糖尿病 \_\_\_\_\_  高血壓 \_\_\_\_\_  心臟病 \_\_\_\_\_  高膽固醇 \_\_\_\_\_  甲狀腺疾病 \_\_\_\_\_  癌症 \_\_\_\_\_  
 青光眼 \_\_\_\_\_  視網膜剝離 \_\_\_\_\_  白內障 \_\_\_\_\_  黃斑部病變 \_\_\_\_\_  鬥雞眼/懶惰眼 \_\_\_\_\_

請列出您目前正在服用的藥物: \_\_\_\_\_

您對任何類型的藥物過敏嗎? 如果是, 請列出: \_\_\_\_\_

限女性: 您是否懷孕及/或哺乳?  是  不是

社會史:  吸煙者  酒精  消遣性毒品  菸草

下一頁 

**電話號碼和電子郵件地址的使用**

發送和接收的簡訊和電子郵件僅用於辦公室使用任務，例如預約確認/提醒和訂單狀態更新。

我允許 Diamond Optometry 通過電子郵件、簡訊和/或留下包含我的私人資訊的語音郵件。

**退款/換貨/取消**

退款、換貨或取消僅適用於店內積分，並收取 20% 的進貨費用。考試費用不退還。

**付款責任**

我了解付款日期為服務當天。我授權向下面簽名的醫生或所接受的服務提供者支付醫療福利。我了解，如果我的保險未能承保所收到的任何或全部服務或材料，我將承擔全部付款責任。

**隱私權慣例通知 (健康保險流通與責任法案)**

以下簽署的病患或病患的合法授權代表承認，他或她已於下述日期收到 Diamond Optometry 隱私權政策通知的副本。前台也提供副本。

患者姓名 (正楷): \_\_\_\_\_  
法定監護人姓名 (如果未滿 18 歲) \_\_\_\_\_  
患者/法定監護人簽名: \_\_\_\_\_  
日期: \_\_\_\_\_

**DOCTOR'S USE ONLY**

**Billing Code** 1 2 5 6 13 14 15 16 **Retinal image 4 ( Y / N )** \_\_\_\_\_ **Make family appts**

**Pt Condition:**  Diabetes  Hypertension  High Cholesterol  Diabetic Retinopathy  None

**Diagnosis:**  Myopia  Hyperopia  Presbyopia  Astigmatism  Others: \_\_\_\_\_

**GLASSES:** **Usage:** Full Time **Type:** Single Vision **Material:** Polycarbonate **Other:** Transitions  
Distance Bifocal Hi-Index 1.66 AR  
Near Progressives Hi-Index 1.74 Blue-Light  
Computer Computer Polarized  
Over CLs Digital (Eyezen)

R \_\_\_\_\_ Add: \_\_\_\_\_

L \_\_\_\_\_

**Second pair?:** \_\_\_\_\_

**CONTACTS:** \_\_\_\_\_ **Ready to order** \_\_\_\_\_ **Follow-up appt needed** \_\_\_\_\_ **Order trials**

**CL Brand/Rx** R \_\_\_\_\_

L \_\_\_\_\_

**FOLLOW UP:** \_\_\_\_\_ **weeks/months** **FOLLOW UP TYPE:** \_\_\_\_\_ **Contact Lens** \_\_\_\_\_ **Medical**  
\_\_\_\_\_ **Glaucoma** \_\_\_\_\_ **Ortho-K**

**Testing Needed:** \_\_\_\_\_ **DFE** \_\_\_\_\_ **OCT** \_\_\_\_\_ **DRI** \_\_\_\_\_ **VF**