

## WELCOME TO OUR OFFICE

오늘 날짜: \_\_\_\_\_

소셜번호: \_\_\_\_\_

성명(영문): \_\_\_\_\_  
Last First Mi

보험 적용시

생년월일 (월/일/년): \_\_\_\_\_

마지막 검사 날짜: \_\_\_\_\_

나이: \_\_\_\_\_ 성별:  남  여

방문 목적: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ Zipcode: \_\_\_\_\_

### 비상시 연락처

자택번호: \_\_\_\_\_

성명(영문): \_\_\_\_\_

휴대번호: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

이메일: \_\_\_\_\_

관계: \_\_\_\_\_

\*이메일 수신 여부:  예  아니오

### 보험

직장/학교: \_\_\_\_\_

의료보험: \_\_\_\_\_

직업/학년: \_\_\_\_\_

시력보험: \_\_\_\_\_

어떻게 알게 되셨습니까?

보험 계약자 성함: \_\_\_\_\_

보험  친구  신문  인터넷

보험 계약자 생년월일: \_\_\_\_\_

그외: \_\_\_\_\_

보험 계약자 소셜#: \_\_\_\_\_

보험 계약자와의 관계: \_\_\_\_\_

### 현재 복용중인 약 (Over the Counter 포함)

### 약 이름

항히스타민제  예  아니오  
 혈압약  예  아니오  
 이뇨제  예  아니오  
 안약  예  아니오  
 피임약  예  아니오  
 수면제  예  아니오  
 그 외: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 가족 내 병력 사항

### 관계

실명  예  아니오  
 백내장  예  아니오  
 녹내장  예  아니오  
 당뇨병  예  아니오  
 심장병  예  아니오  
 황반변성  예  아니오  
 그 외: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

알레르기가 있습니까? (약물 혹은 그 외) 있으시면 설명해 주세요:

\_\_\_\_\_

**생활 이력 사항**

아래 정보는 철저한 보안 아래 관리됩니다. 원하실 시엔, 의사와 상담시 직접 이야기하셔도 좋습니다.

예, 의사와 직접 상담하겠습니다.

운전 여부:  예  아니오      해당하실 시, 운전 중 시각적 어려움을 느끼십니까?  예  아니오

시각적 어려움에 대해 구체적으로 설명해주십시오: \_\_\_\_\_

흡연 유무:  예  아니오      종류: \_\_\_\_\_ 일주일 평균 횟수: \_\_\_\_\_

음주 유무:  예  아니오      종류: \_\_\_\_\_ 일주일 평균 횟수: \_\_\_\_\_

불법 마약:  예  아니오      종류: \_\_\_\_\_ 일주일 평균 횟수: \_\_\_\_\_

현재 임신 중이십니까?  예  아니오      개월 수: \_\_\_\_\_

현재 수유 중이십니까?  예  아니오

다음의 질환에 노출되었거나 감염된 이력이 있다면 표시해주세요:  임질  간염  에이즈  매독

**현재 혹은 한 번이라도 아래 증상을 겪으신 적 있으셨다면 체크해주세요:**

	예	아니오	?		예	아니오	?
<b>체질</b>				<b>귀/코/입/목</b>			
열, 체중 감소/증가	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	알레르기, 건조열	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>신경</b>				부비강 막힘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
두통	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	콧물	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
편두통	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	후비후	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
간질	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	만성 기침	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>눈</b>				목/입이 건조함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
실명	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>호흡 기관</b>			
흐린 시력	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	천식	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
난시	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	만성 기관지염	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
복시	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	폐기종	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
건조함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>혈관/심장</b>			
점액 분비	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	당뇨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
충혈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	심장 통증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
뻑뻑한 느낌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	고혈압	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
가려움	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	혈관질환	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
따가움	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>위장</b>			
이물감	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	설사	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
과도한 눈물	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	변비	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
빛에 민감함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>뼈/관절/근육</b>			
통증 혹은 쓰라림	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	류마티스 관절염	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
눈/눈꺼풀의 만성 감염	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	근육 통증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
다래끼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	관절 통증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
피로함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>림프/혈액</b>			
<b>내분비선</b>				빈혈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
갑상선/그 외 분비선	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

위의 증상에 표시하신 것이나 기타 질환이 있으실 시, 자세히 설명해주세요. :

본인은 보험 청구에 필요한 모든 의료 정보 제공을 허락하고, 제공된 서비스에 대한 요금 지불의 개인적 책임이 있음에 동의합니다.

\*위의 모든 사항을 읽고 이해했으며 동의합니다.

\_\_\_\_\_  
Signature Relationship Date

## Advance Beneficiary Notice (ABN)

- 시력 보험이 의사 소견에 부합하는 모든 치료와 관리 비용을 부담해 주지 않습니다.
- 그 경우, Swiss Eye Care 는 의료 보험에 진료비용을 클레임 할 수 있습니다.
- 본인의 상황에 적합한 결정을 하시기 위해서 이 안내사항을 숙지해 주시기 바랍니다.
- 추가적으로 궁금하신 사항은 문의해 주십시오.

### Patient Information:

Patient Name: \_\_\_\_\_

Patient Date of Birth: \_\_\_\_\_

Date of Service: \_\_\_\_\_

추가적 검안 항목	검안 내용
Anterior Segment Photos	안구의 앞 표면을 촬영하여 발견될 수 있는 질병을 진단합니다.
Fundus Photography	안구의 기저부를 촬영하여 녹내장이나 황반 변성 등의 망막 관련 질환을 조기에 진단할 수 있습니다.
Specular Microscopy	각막의 내피층을 분석하여 콘택트를 착용하시는 환자분들의 각막의 건강 상태와 각막 관련 질병들을 진단합니다.
Visual Field	시야의 맹점들을 확인하여 녹내장이나 망막관련 질병들의 조기 진단을 도와줍니다.

\_\_\_\_\_  
*Signature of Responsible Party*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Relationship to Patient*

**Swiss Eye Care**  
2625 Old Denton Rd STE# 548  
Carrollton, TX 75007

**PATIENT AUTHORIZATION**

I authorize any holder of medical records including Psychiatric, Alcohol, Drug Abuse and HIV/AIDS or other information about me to be released to the SSA or Health Care Financial Administrator or it's intermediaries or carrier, or any other insurance carrier, any information needed for this or a related claim. I permit a copy of the authorization to be used in place of the original, and request payment of the medical insurance benefit either to myself or to the medical party who accepts assignment.

본인의 위 명시된 각종 분야내 모든 진료 기록들을 보관하고 있는 시설들로부터 보험 청구 및 검안에 필요한 정보를 SSA, Health Care Financial Administrator, 중개인 또는 보험사등의 매개체들로 제공하는데 동의합니다. 또, 본 페이지의 사본 이용을 허가하며, 의료 보험 혜택 비용을 스스로 혹은 병원측에서 청구할수 있음을 인지합니다.

*I agree to be responsible for payment of service render.*

\_\_\_\_\_  
*Signature of Responsible Party*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Relationship to Patient*

***\*If you have any insurance, we will be glad to help you file for any benefits to which you are entitled. However, it remains the responsibility of the individual patient to settle his/her account promptly.***

---

**Acknowledgement of Receipt for HIPAA Compliancy**

*I acknowledge that I've received or read a copy of Swiss Eye Care's notice of Privacy Practices.*

***\*본인은 Swiss Eye Care 의 개인정보 보호 방침을 이해하였으며 동의합니다.***

\_\_\_\_\_  
*Signature of Responsible Party*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Relationship to Patient*