



Tysons Corner

전 안 과

Welcome to our office! Please fill out and return this form to the receptionist.

안녕하세요! 아래 사항을 작성 후, 접수처에 제출해 주세요

Last name(성):_____ First name(이름):_____ Today's Date(오늘날짜)___/___/___

Address(집 주소): _____

City_____ State_____ Zip_____

Home phone(집 전화):_____ Cell phone(휴대전화):_____

Date of birth(생년월일): _____ / _____ / _____ ex) 예) 07 / 13 / 1952

Male(남)___ Female(여)___ Age(나이):_____ Email Address(이메일 주소):_____

Marital status(결혼여부): Single(미혼) Married(기혼) Divorced(이혼) Legally separated(별거)
 Widowed(미망인) Unknown(답변거부)

Communication preference(원하시는 연락 방법): Phone(전화) Email(이메일) Text(문자) Mail(우편)

Employer(직장명):_____ Work phone(직장 전화):_____

Driver's License #(운전면허증 번호):_____

Emergency contact name(긴급 연락처: 이름/전화번호):_____ / _____

Primary Insurance(보험):_____ Policy #(보험 ID):_____

Group #(그룹 번호):_____

Subscriber(보험 가입자):_____ Relationship to patient(환자와의 관계):_____

Subscriber's birthday(가입자 생년월일): _____ / _____ / _____

Subscriber Driver's license #:_____ (가입자의 운전면허증 번호)

Secondary Insurance(추가 가입 보험):_____ Policy #(보험 ID):_____

Group #(그룹 번호):_____

Chief Complaint(주요 호소 증상):

Please list all your current **Eye Medications** (사용 중인 **눈약**을 써주십시오):

Name of Medication(약 이름)	Dosage(복용량)	How Often(횟수)	Last Taken(최근 복용일)

Please list all your **other current medications**(복용 중인 **기타 약**을 써주십시오):

Name of Medication(약 이름)	Dosage(복용량)	How Often(횟수)	Last Taken(최근 복용일)

Do you have allergies on medication?(약에 대한 알레르기가 있으십니까?): Y(예) N(아니요)

Please list all medicine allergies(구체사항): _____

Do you smoke? (흡연 하십니까?) Yes(예) No(아니요)

Are you Pregnant (임신 하셨습니까?) Yes(예) No(아니요)

Medical history: Diabetes(당뇨병) High BP(고혈압) Coronary disease(심장 질환)
(의료 기록) Pulmonary disease(폐 질환) Arthritis(관절염)
 Other(기타): _____

Eye History: Glasses(안경)
(안과병력) Lazy eyes (amblyopia(약시) or strabismus(사시))
 Cataract surgery(백내장 수술) Retinal detachment(망막 분리)
 Glaucoma(녹내장) LASIK/PRK(라식)
 Trauma(외상) Shingles(대상포진)

Family Eye History: Glaucoma(녹내장)
(가족력) Macular Degeneration(황반변성)
 Lazy eye(사시, 약시)
 Other(기타): _____

Ethnicity(인종)

- White
- Black/African American
- Asian(아시아 인, 한국인)
- Hispanic/Latino
- American Indians
- Other
- Decline to specify(답변거부)

Primary language(사용언어): English(영어) _____ Other(기타): _____

Primary care doctor(담당의사): _____

Phone #(전화번호): _____ Fax #(팩스번호): _____

Pharmacy(약국): _____

Phone #(전화번호): _____ Fax #(팩스번호): _____

How did you hear about our office?(저희 병원을 어떻게 아셨습니까?)

- Newspaper
- 한국일보 주간연예 미주경제 라디오방송 중앙일보
- Other(기타) _____

We hope to make your visit a pleasant one.

저희 병원 방문이 편안하시기를 바랍니다.

Eye appointments can take 1½ to 2 hrs.

눈 검사는 약 1.5~2시간 소요됩니다.



www.DCeyeClinic.com