

眼科段昌敏醫生

登記表

姓名：(中文) _____ (英文) _____ 性別：男 _____ 女 _____

地址(英文) _____ 電話 家： _____

_____ 電話 工作： _____

出生日期： _____ 年齡： _____ 電話 手機： _____

職業 _____ 電子信箱： _____

如果年齡在18歲以下，請填寫： 父親姓名(英文)： _____ 母親姓名(英文)： _____

或監護人姓名(英文)： _____

您有醫療保險嗎？

有	沒有
---	----

如果有，請列出保險名稱(英文)： _____

保險持有者姓名(英文)： _____

您怎樣知道我們診所的？ _____

如果有人向您推薦我們，請寫下他的姓名 _____

如果您的家庭成員是我們的病人，請列出： _____

上一次的健康檢查日期？ _____

請列出您的家庭醫師：（英文）

姓名： _____

電話： _____

地址： _____

I hereby authorize payment of my medical and surgical insurance benefits to CHANGMIN DUAN. O.D. I understand I am financially responsible for any charges whether or not paid by said insurance. If co-payments and/or deductibles are designated by my insurance company or health plan, I agree to pay them to Dr. Changmin Duan. I authorize Dr. Changmin Duan to release any information required to process any and all claims for reimbursement on my behalf. A copy of this authorization maybe used in place of the original.

Signature

Date

姓名: _____

日期: _____

今天來訪的原因: _____

請圈出答案	
您戴不戴:	不戴
眼鏡 軟式隱形眼鏡 硬式隱形眼鏡	
您有沒有過:	沒有
飛蚊症 閃光感 做過眼科手術 受過眼外傷 斜視 視疲勞	
您需要經常長時間使用電腦嗎? (每日8小時以上)	
是 否	
您有沒有過:	沒有
弱視 白內障 青光眼 其他眼科疾病: _____	
您有眼科疾病家族史嗎?	沒有
青光眼, 請列出: _____ 或其他, 請列出: _____	

請圈出答案	
過敏症:	沒有
季節性過敏 灰塵 真菌 動物 潮濕 食物 對藥物過敏 (請列出): _____	
心血管系統疾病:	沒有
高血壓 心臟病 中風 其他 (請列出): _____	
您是否有過下列疾病:	沒有
突然失明 暈車 抽筋 頭暈 煩躁 噁心 嘔吐 其他 (請列出): _____	
內分泌系統疾病:	沒有
糖尿病 甲狀腺機能亢進/減退 腎臟功能疾病 其他 (請列出): _____	
胃腸道系統疾病:	沒有
胃灼熱 腹瀉 肝炎 其他 (請列出): _____	
泌尿系統疾病:	沒有
尿痛 前列腺炎 膀胱炎 卵巢疾病 其他 (請列出): _____	
耳鼻喉疾病:	沒有
聽力喪失 喉嚨痛 鼻竇炎 其他 (請列出): _____	
血液:	沒有
貧血症 血液病 淋巴系統疾病 其他 (請列出): _____	
免疫系統疾病:	沒有
免疫缺陷 結核病 其他 (請列出): _____	

皮膚系統疾病:	沒有
粉刺 濕疹 過度乾燥 皮炎 其他 (請列出): _____	
肌肉骨骼系統疾病:	沒有
肌肉酸痛 關節痛 關節腫大 關節炎 其他 (請列出): _____	
神經系統疾病:	沒有
腦損傷 癲癇症 脊髓傷害 其他 (請列出): _____	
精神心理疾病:	沒有
消沉 焦慮 失眠 老年痴呆 多動症 其他 (請列出): _____	
呼吸系統疾病:	沒有
哮喘 氣短 支氣管炎 肺氣腫 其他 (請列出): _____	
其他健康問題:	沒有
癌症 懷孕 其他 (請列出): _____	
您接受過手術治療嗎?	
是 否 請列出: _____	
您有糖尿病家族史嗎?	
是 否 請列出: _____	
您有高血壓家族史嗎?	
是 否 請列出: _____	
您有心臟病家族史嗎?	
是 否 請列出: _____	
您抽煙嗎?	
是 否	
如果您在 18 歲以下, 定期接受免疫注射嗎?	
是 否	

請列出正在用的處方眼藥和非處方眼藥:

請列出正在用的處方藥物和非處方藥物:

Changmin Duan, O. D., P.A.
190 State Highway No.18, Suite 302
East Brunswick, NJ 08816
Tel: (732) 247-2847
Fax: (732) 246-2650

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF IDENTIFYING HEALTH INFORMATION

Patient name _____

Patient address _____

Patient phone number _____

I authorize the professional office of Changmin Duan, O.D.,P.A. to release health information identifying me, as necessary, for the purposes of obtaining medical treatment, facilitating the payment for such treatment and for normal business operations.

It is completely your decision whether or not to sign this authorization form. We cannot refuse to treat you if you choose not to sign this authorization.

If you sign this authorization, you can revoke it later. The only exception to your right to revoke is if we have already acted in reliance upon the authorization. If you want to revoke your authorization, send us a written or electronic note telling us that your authorization is revoked

When your health information is disclosed as provided in this authorization, the recipient often has no legal duty to protect its confidentiality. In many cases, the recipient may re-disclose the information as he/she wishes. Sometimes, state or federal law changes this possibility.

I HAVE READ AND UNDERSTAND THIS FORM. I AM SIGNING IT VOLUNTARILY. I AUTHORIZE THE DISCLOSURE OF MY HEALTH INFORMATION AS DESCRIBED IN THIS FORM.

Dated _____ Patient signature _____

If you are signing as a personal representative of the patient, describe your relationship to the patient and the source of your authority to sign this form:

Relationship to Patient _____ Print Name _____

ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

(Initial) [] I received/was offered a copy of the "NOTICE OF PRIVACY PRACTICES"