

Medical History Record

Ala Moana Advanced Eye Clinic

1441 Kapiolani Blvd. Suite 2005

Honolulu, HI. 96814-4408

(808) 944-9911

Appointment Date _____

Patient's Name (please print) _____

Date of Birth (MM/DD/YYYY) ____ / ____ / ____

Street Address _____

City _____ State _____ Zip _____

自宅 Home Phone _____

日中の連絡先 Daytime Phone _____

携帯電話 Cell Phone _____

予約の確認やお知らせをE-mailにてお送りしております。ぜひE-mailをお知らせ下さい。

We are sending appointment reminders and newsletters. Please let us know your e-mail address!

Email Please check if you do not want to receive e-mails from Ala Moana Advanced Eye Clinic.

当院からのE-mailを受け取りたくない場合は上記にチェックをお願いします。

Social Security Number _____

性別 Sex

男性 Male

女性 Female

婚姻 Marital status

独身 Single 死別 Widowed

既婚 Married 離婚 Divorced

社会人 Employed Full-time Part-time 学生 Student Full-time Part-time

無職 Not Employed 退職 Retired 職業 Occupation _____

勤務先・学校名 Employer/School Name _____

知人の紹介 How did you hear about us? _____

お名前 Referral Name _____

かかりつけの内科医 Primary Care Physician _____

承諾書

Authorization to Release Information and Assignment of Benefits

保険請求で必要とされるならば私は医学上の情報を保険会社に公開することを認めます。

私は坂本アイクリニックが保険会社に直接連絡して保険受益を受け取ることを認めます。

私の保険会社が支払いを承認しなかった場合、自己負担となることを了承いたします。

I authorize the release of any medical or other information necessary to process the insurance claim.

I authorize payment of medical benefits to the Ala Moana Advanced Eye Clinic for services.

If my insurance company denies coverage for the service, I will take full responsibility of the payment.

署名 Signature X _____

日付 Date _____

緊急時の連絡先 Emergency Contact Name _____

関係 Relation _____ 電話番号 Phone _____

保険筆頭者の名前(患者さん本人ではない場合)Subscriber Name (if different than patient) _____

保険筆頭者の(患者さん本人ではない場合)Subscriber's Social Security Number (if different than patient) _____

保険筆頭者の生年月日(患者さん本人ではない場合)Subscriber's Birth date (if different than patient) _____

下記の器官に問題があればチェックしてください。

Personal Medical Information: Do you have problem with any of these systems? If Yes, please check box.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 消化器系Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> 神経系Nervous System | <input type="checkbox"/> 精神 Mental |
| <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉Ear/ Nose/ Throat | <input type="checkbox"/> 生殖泌尿器系Genitourinary | <input type="checkbox"/> 内分泌系Endocrine (Glands) |
| <input type="checkbox"/> 心血管系Cardiovascular | <input type="checkbox"/> 筋骨格Musculoskeletal | <input type="checkbox"/> 血液リンパBlood/ Lymph |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器系Respiratory | <input type="checkbox"/> 皮膚Skin | |
| <input type="checkbox"/> アレルギー/免疫Allergic/Immunologic | <input type="checkbox"/> 頭痛Headaches | |
| <input type="checkbox"/> 手術Surgeries いつどんな手術をしましたか? (what type & when) _____ | | |

薬のアレルギー Drug Allergies _____

何かお薬を飲まれていますか? Do you take medications? _____

タバコ吸いますか? Do you smoke? _____ どれぐらい? How often? _____

アルコールは? Do you drink alcohol? _____ どれぐらい? How often? _____

家族歴Family Medical History

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 糖尿 Diabetes | <input type="checkbox"/> 緑内障Glaucoma | <input type="checkbox"/> 高血圧High Blood Pressure |
| <input type="checkbox"/> 黄斑変性 Macular Degen. | <input type="checkbox"/> 網膜はく離 Retinal Detachment | <input type="checkbox"/> 白内障Cataract |

次のような経験は? Do you have the following:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ドライアイ Dry Eyes | <input type="checkbox"/> 目の手術Eye Surgeries | <input type="checkbox"/> 眼鏡装用Wear Glasses |
| <input type="checkbox"/> 視力障害 Blurred Vision | <input type="checkbox"/> 目のけが Eye Injuries | <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ使用Wear Contacts |

今目の症状が何かありますか?

Any eye problems at this time? Please explain? _____

Are you interested in 近視矯正レンズOrtho-K, CRT? (オルソーK、CRTに興味を持っていませんか?) Yes

No