

Sunset Eye Clinic, LLC / Sunset Vision Center, LLC

1. Patient information (환자 관련사항)

이름(Name): _____ 나이(Age): _____ 날짜(Date): _____
 직업(Occupation): _____ 고용주 (Employer): _____
 최근 의료검진 날짜 (Last Medical exam): _____
 주치의 이름 (Medical doctor's name): _____
 주치의 전화번호 (Dr's phone number): _____

2. Eye Health History (눈건강) (Please check any symptom/condition that applies.)

각 항목의 해당 사항들을 체크해 주세요.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 새 안경이나 렌즈가 필요함 (Need new glasses/ contact lenses) | <input type="checkbox"/> 눈부심 현상 (Light sensitivity) |
| <input type="checkbox"/> 원거리 시력 저하 (Blurry Distance Vision) | <input type="checkbox"/> 일시적인 시력 손실 (Transient vision loss) |
| <input type="checkbox"/> 근거리 시력 저하 (Blurry Near Vision) | <input type="checkbox"/> 이물감 증상 (Foreign body sensation) |
| <input type="checkbox"/> 눈이 피로함 (Tired eyes) | <input type="checkbox"/> 안구 건조증 (Dry eyes) |
| <input type="checkbox"/> 컴퓨터 사용시 눈이 피로함 (Computer Eye Strain) | <input type="checkbox"/> 충혈 (Red eyes) |
| <input type="checkbox"/> 약시 (Lazy eye) | <input type="checkbox"/> 가려움증 (Itch eyes) |
| <input type="checkbox"/> 사물이 겹쳐보임 (Double vision) | <input type="checkbox"/> 눈물이 자주 흐름 (Watery Eyes) |
| <input type="checkbox"/> 시야가 좁아짐 (Loss of side Vision) | <input type="checkbox"/> 따가움증 (Burning) |
| <input type="checkbox"/> 두통 (Headache) | <input type="checkbox"/> 눈다래끼 (Sties) |
| <input type="checkbox"/> 부유물이 떠다니는 증상/ 빛이 번쩍거림 (Flashes /floaters in vision) | |

안경이나 렌즈 이외의 다른 문제로 눈병에 걸리신 적이 있나요? (Have you ever had a problem in the following areas?)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 백내장 (Cataract) | <input type="checkbox"/> 황반변성 (Macular degeneration) | <input type="checkbox"/> 녹내장 (Glaucoma) |
| <input type="checkbox"/> 약시 (Amblyopia) | <input type="checkbox"/> 각막염/결막염 (Infection) | |
| <input type="checkbox"/> 눈에 부상을 입은적이 있음 (Eye Injury) | | |
| <input type="checkbox"/> 기타질환 (Other) _____ | | |

최근 안과 검진 날짜 (Date of last eye exam): _____

- | | |
|--|---------------------------------|
| Do you wear contact lenses? (Yes / No) | Do you wear glasses? (Yes / No) |
| 소프트/하드 콘택트 렌즈를 사용하시나요? (예 / 아니요) | 안경을 쓰고 계십니까? (예 / 아니요) |
| Are you interested in contact lenses? (Yes / No) | |
| 콘택트 렌즈를 사용하시길 원하십니까? (예 / 아니요) | |
| Do you use a computer regularly? (Yes / No) | If so, how many hours? |
| 컴퓨터를 정기적으로 사용하십니까? (예 / 아니요) | 얼마나 자주 사용하십니까? _____ |

3. Review of System (신체 건강) Do you currently, or ever had any problems in the following ares, check all that apply.

현재 혹은 이전에 진단을 받으신 항목이 있으시면 체크해 주세요.

체질병 (Constitutional)

- 고열 (Fever)
- 체중 증가 (Weight gain)
- 체중 손실 (Weight loss)
- 피부과 질환 (Integumentary skin)**
- 내분비 질환 (Endocrine)
- 갑상선/기타
- 정신과 질환 (Psychiatric)**

순환기 질환(Respiratory)

- 천식 (Asthma)
- 만성 기관지염 (Chronic Bronchitis)
- 폐 공기증 (Emphysema)
- 혈관질환 (Vascular)**
- 당뇨 (Diabetes)
- 심장 통증 (Heart pain)
- 고혈압 (High blood pressure)

- 귀,코, 입 질환 (Ear, Nose, Throat, Mouth)
- 알레르기/꽃가루 알레르기 (Allergies/Hay Fever)
 - 코막힘 (Sinus Congestion)
 - 콧물 (Runny Nose)
 - 후비루 (Post-Nasal Drip)
 - 만성기침 (Chronic cough)
 - 목안과 입이 마름 (Dry Throat/ Mouth)
- 알레르기/면역 질환 (Allergic/Immunologic)
- 림프관/혈액 장애 (Lymphatic/Hematologic)
- 빈혈 (Anemia)
 - 출혈성 질환 (Bleeding problem)

- 혈관질환 (Vascular Disease)
- 위장관 질환 (Gastrointestinal)
- 설사 (Diarrhea)
- 변비 (Constipation)
- 비뇨기과 질환 (Genitourinary)
- 신장/방광 (Kidney/Bladder)
- 근골격 질환 (Bones/Joints/Muscles)
- 류마티스성 관절염 (Rheumatoid Arthritis)
- 근육통 (Muscle Pain)
- 관절 통증 (Joint Pain)

If you answered YES to any of the above or have a condition not listed, please explain:
위 사항중 체크하신 항목이 있거나 다른 해당사항이 있으시면 설명해 주세요:

List any medications you take including birth control, over the counter medications, eye drops, and home remedies:
현재 복용 하시는 약이 있으시면 적어주세요 (안약, 시중 판매약, 피임약, 비타민 포함)

Allergies to medications:

약에 알러지반응이 있으십니까? _____

Are you pregnant/ Nursing? (Yes / No)

임신 혹은 수유 중 이십니까? (예 / 아니요)

4. **Family History (가족 사항)** (Please check if your relatives had/ have any of the following conditions)
가족중에 해당 사항이 있으시면 체크하여 주세요.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 시각장애(Blindness) | <input type="checkbox"/> 사시(Crossed eyes) | <input type="checkbox"/> 망막 질환 (Retinal problems) |
| <input type="checkbox"/> 고혈압 (High Blood Pressure) | <input type="checkbox"/> 백내장 (Cataract) | <input type="checkbox"/> 녹내장 (Glaucoma) |
| <input type="checkbox"/> 황반변성 (Macular Degeneration) | <input type="checkbox"/> 당뇨병 (Diabetes) | <input type="checkbox"/> 신장병(Kidney disease) |
| <input type="checkbox"/> 갑상선 (Thyroid Disease) | <input type="checkbox"/> 낭창 (Lupus) | <input type="checkbox"/> 암 (Cancer) |
| | | <input type="checkbox"/> 기타질환 (Others) |

5. **Social History (다른 사항)** (This information is kept confidential. However, you may discuss this portion with the doctor)

모든 정보는 비밀 보장해드립니다, 불편하시면 의사와 상담하셔도 좋습니다.

Do you drive? (Yes / No)

If yes, do you have visual difficulty when driving? (Yes / No)

운전을 하십니까? (예 / 아니요)

운전시 시력의 문제로 인한 어려움이 있으십니까? (예 / 아니요)

Do you use cigarettes/tobacco? (Yes / No)

Alcohol? (Yes / No)

Other substances? (Yes / No)

흡연을 하십니까? (예 / 아니요)

술을 드십니까? (예 / 아니요)

다른 약물을 사용하십니까? (예 / 아니요)

Have you ever been exposed or infected with:

다음 질병에 노출되었거나 감염된 적이 있으십니까? 임질 (Gonorrhoea) 간염 (Hepatitis) HIV 매독 (Syphilis)

Doctor's signature _____