

Please fill out this demographic information so that we may assist you in the best way possible, thank you.

최선을 다해 도와 드릴 수 있도록 이 병력 자료를 작성해 주시기 바랍니다. 감사합니다.

Name / 성명 _____ DOB / 생일 _____

Email / 이메일 _____ Date / 날짜 _____

Pharmacy / 약국 _____ Pharmacy City / 약국 도시 _____

Pharmacy Address / 약국 주소 _____

Who is your primary care doctor / 주치 의사? Dr. _____

Would you like to be contacted by PHONE CALL, EMAIL or TEXT MESSAGE as a reminder for your upcoming appointments / 어떤 방법으로 약속 시간 다시 알려드릴까요? 전화 통화, 이메일, 문자 메시지로 알려드릴수 있습니다:

Past Medical History (check all that apply) / 의료 기록 (해당되는 모든 것을 체크하세요):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anxiety / 불안장애 | <input type="checkbox"/> Hepatitis / 간염 |
| <input type="checkbox"/> Arthritis / 관절염 | <input type="checkbox"/> Hypertension / 고혈압 |
| <input type="checkbox"/> Artificial Joints / 인공관절 | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS / HIV / 에이즈 바이러스 |
| <input type="checkbox"/> Asthma / 천식 | <input type="checkbox"/> Hypercholesterolemia / 고콜레스테롤 혈증 |
| <input type="checkbox"/> Atrial Fibrillation / 시방세동 | <input type="checkbox"/> Hypothyroidism / 갑상선 저하증 |
| <input type="checkbox"/> Blood Pressure / 고혈압 저혈압 | <input type="checkbox"/> Hyperthyroidism / 갑상선 항진증 |
| <input type="checkbox"/> Bone Marrow / 골수이식 | <input type="checkbox"/> Leukemia / 백혈병 |
| <input type="checkbox"/> Breast Cancer / 유방암 | <input type="checkbox"/> Lung Cancer / 폐암 |
| <input type="checkbox"/> Colon Cancer / 대장암 | <input type="checkbox"/> Lymphoma / 림프종 |
| <input type="checkbox"/> COPD / 만성폐쇄성폐질환 | <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis / 다발성 경화증 |
| <input type="checkbox"/> Coronary Artery Disease / 심장동맥병 | <input type="checkbox"/> Pacemaker / 심박동 줄기 |
| <input type="checkbox"/> Depression / 우울증 | <input type="checkbox"/> Prostate Cancer / 전립선암 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes / 당뇨 | <input type="checkbox"/> Radiation Therapy Treatment / 방사선 치료 |
| <input type="checkbox"/> End Stage Renal / 말기 신장질 | <input type="checkbox"/> Stroke / 뇌졸중 |
| <input type="checkbox"/> GERD / 위식도역류병 | <input type="checkbox"/> Valve Replacement / 판막치환술 |
| <input type="checkbox"/> Hearing Loss / 청력장애 | <input type="checkbox"/> None / 없음 |
| <input type="checkbox"/> Other / 다른 것: _____ | |

Past Surgical History (please check all that apply) / 수술 기록 (해당되는 모든 것을 체크하세요):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Appendix Removed / 맹장 수술 | <input type="checkbox"/> Kidney Removal (Right, Left) / 신장 제거 수술 |
| <input type="checkbox"/> Bladder Removed / 낭선종 절제 수술 | <input type="checkbox"/> Kidney Transplant / 신장 이식 |
| <input type="checkbox"/> Mastectomy (Right, Left) / 유방 절제 수술 | <input type="checkbox"/> Ovaries Removed / 난소 절제 수술 |
| <input type="checkbox"/> Colectomy / 결장 절제 수술 | <input type="checkbox"/> Prostate Removed / 전립선 절제 수술 |
| <input type="checkbox"/> Gallbladder Removed / 담낭 절제 수술 | <input type="checkbox"/> TURP / 경뇨도적 전립선 절제 수술 |
| <input type="checkbox"/> Coronary Artery Bypass / 관상동맥우회 수술 | <input type="checkbox"/> Basal Cell Cancer Surgery / 기저 세포 암 수술 |
| <input type="checkbox"/> PTCA / 경피경관상동맥성형 수술 | <input type="checkbox"/> Squamous Cell Carcinoma Surgery / 편평상피세포암 수술 |
| <input type="checkbox"/> Valve Replacement / 판막치환 수술 | <input type="checkbox"/> Melanoma Surgery / 흑색종 수술 |
| <input type="checkbox"/> Heart Transplant / 심장이식 | <input type="checkbox"/> Hysterectomy / 자궁 절제 수술 |
| <input type="checkbox"/> Joint Replacement (Hip, Knee) / 인공관절치환 수술 (허리, 무릎) | <input type="checkbox"/> None / 없음 |
| <input type="checkbox"/> Other / 다른 것: _____ | |

Ocular History / 시각 건강력 (적용되는 모든 항목을 체크하세요):

- Allergic Conjunctivitis / 알레르기 결막염
- Blepharitis / 다래끼 / 눈꺼풀염
- Cataract (R, L) / 백내장 (오른쪽, 왼쪽)
- Diabetic retinopathy (R, L) / 당뇨병망막병 (오른쪽, 왼쪽)
- Dry Eyes (R, L) / 건조증 (오른쪽, 왼쪽)
- Glaucoma (R, L) / 녹내장 (오른쪽, 왼쪽)
- Macular degeneration (R, L) / 황반변성 (오른쪽, 왼쪽)
- Vitreous floaters (R, L) / 유리체부유물 (오른쪽, 왼쪽)
- Epiretinal membrane (R, L) / 황반전막 (오른쪽, 왼쪽)
- Narrow angles (R, L) / 협전방각 (오른쪽, 왼쪽)
- Ocular HTN (R, L) / 고안압 (오른쪽, 왼쪽)
- Ophthalmic migraine / 안구 편두통
- Pseudoexfoliation / 거짓비늘 녹내장
- Retinal tear (R, L) / 망막찢짐 (오른쪽, 왼쪽)
- Strabismus / 사시증
- PVD (R, L) / 말초혈 관병 (오른쪽, 왼쪽)
- None / 없음

Other / 다른 것: _____

Ocular Surgery / 눈 수술 기록 (적용되는 모든 항목을 체크하세요):

- Blepharoplasty / 안검성형수술
- Cataract (R, L) / 백내장 수술 (오른쪽, 왼쪽)
- Corneal Transplant (R, L) / 각막 이식 (오른쪽, 왼쪽)
- DSEK (R, L) / 데스메막박리각만내피층판이식술
- Intravitreal Injection (R, L) / 유리체 내 주입 (오른쪽, 왼쪽)
- Trabeculectomy (R, L) / 섬유주절제 수술 (오른쪽, 왼쪽)
- LPI (R, L) / 레이저 말초 홍채 절개 수술 (오른쪽, 왼쪽)
- PRK (R, L) / 굴절교정레이저각막절제 (오른쪽, 왼쪽)
- Ptosis Repair (R, L) / 안검 하수 수술 (오른쪽, 왼쪽)
- Punctal Plugs (R, L) / 눈물점막개 (오른쪽, 왼쪽)
- Strabismus surgery / 사시증 수술
- Retinal Laser (R, L) / 망막레이저 수술 (오른쪽, 왼쪽)
- LASIK (R, L) / 라식 수술 (오른쪽, 왼쪽)
- YAG Laser (R, L) / 야그 레이저 낭절개 (오른쪽, 왼쪽)
- None / 없음

Other / 다른 것: _____

Medication / 약 (현재 복용 중인 니약품과 복용량을 모두 적어 주세요):

None / 없음

Allergies / 알레르기 (모든 알레르기 적어 주세요):

None / 없음

Social History / 사회생활력 (적용되는 모든 항목을 체크하세요):

Cigarette Smoking / 담배 흡연 상태:

- Never Smoked / 피운 적이 없음
- Quit: Former Smoker / 전에 피운 적 있음
- Smokes Less Than Daily / 가끔씩 피웁니다
- Smokes Daily / 매일 피웁니다

Illicit Drug Use / 불법마약 사용:

- Drug Use / 마약 씹니다
- IV Drug Use / IV 마약 씹니다
- None / 없음

Alcohol Use / 음주 사용

- Less Than 1 Drink A Day / 하루에 1 잔 미만
- 1-2 Drink A Day / 하루에 1-2 잔
- 3 Or More Drinks A Day / 하루에 3 잔 이상
- None / 없음

Other / 다른 것: _____

Family History / 가족 병력 (병을 앓고 있는 가족 과계를 써주세요):

Blindness / 맹목 _____

Heart Disease / 심장병 _____

Cancer / 암 _____

Macular Degeneration / 황반변성 _____

Cataracts / 백내장 _____

Migraine / 편두통 _____

CVA / 뇌 혈관 장애 / 뇌졸중 _____

Retinal Detachment / 망막 박리 _____

Diabetes / 당뇨 _____

Strabismus / 사시증 _____

None / 없음

Other / 다른 것: _____

Please describe what is bringing you in to see us today / 어떤 이유로 오늘 병원에 방문 하셨습니다?

Decreased vision at (near, far) (right eye, left eye)? How long? / 줄어든 시력 (가까이, 멀리) (오른쪽, 왼쪽)?

시력이 줄어든지 얼마나 뒤셨습니까? _____

Eye Discomfort (red, foreign body sensation, tearing) (right eye, left eye) How long? / 눈에 불편함 (빨간 눈, 이물감, 잦은 눈물)?

눈이 불편하신지 얼마나 뒤셨습니까? _____

Other / 다른 이유:
