



# 視聖眼科視學中心 Precision Vision Optometry

## 個人病歷問卷 Patient History Questionnaire

### 個人資料 Personal Information

姓 Last name \_\_\_\_\_ 名 First name \_\_\_\_\_ 性別 Gender 男 M / 女 F  
 地址 Address \_\_\_\_\_ 城市 City \_\_\_\_\_ 州 State \_\_\_\_\_ 郵遞區號 Zip \_\_\_\_\_  
 工作電話 Work phone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 居家電話 Home phone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 社安號碼 SSN \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 生日 DOB \_\_\_\_\_ 職業 Occupation \_\_\_\_\_ 僱主 Employer \_\_\_\_\_  
 緊急聯絡人姓名 Emergency contact name \_\_\_\_\_ 電話 Phone number (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 上次眼睛檢查日期 Date of last exam \_\_\_\_\_ 瞳孔放大? Dilated? 有/無 Yes/No \_\_\_\_\_  
 今天日期 Today's date \_\_\_\_\_ 介紹人 Referred by \_\_\_\_\_

### 個人身體健康狀況 Medical Information

你的一般健康狀況如何? What is your general health? \_\_\_\_\_

以下器官有任何問題嗎? Do you have problems with any of these systems? (請圈選有或無 Please circle yes or no)

腸胃 Gastrointestinal	有/無 Yes/No	神經 Nervous	有/無 Yes/No	內分泌 Endocrine glands	有/無 Yes/No
耳/鼻/喉 Ear/Nose/Throat	有/無 Yes/No	泌尿 Urinary	有/無 Yes/No	血液/淋巴 Blood/Lymph	有/無 Yes/No
心臟 Cardiovascular	有/無 Yes/No	肌肉/骨骼 Muscle/bones	有/無 Yes/No	過敏 Allergic/Immunologic	有/無 Yes/No
呼吸系統 Respiratory	有/無 Yes/No	皮膚 Integumentary (Skin)	有/無 Yes/No	頭痛 Headaches	有/無 Yes/No
高血壓 High blood pressure	有/無 Yes/No	眼睛 Eyes	有/無 Yes/No	精神 Mental	有/無 Yes/No

請解釋 Please explain \_\_\_\_\_

糖尿病 Diabetes 有/無 Yes/No 種類 Type \_\_\_\_\_ 診斷日期 Date of diagnosis \_\_\_\_\_

藥物過敏 Allergies to medication? 有/無 Yes/No 種類 Type \_\_\_\_\_ 藥物反應 Reactions? \_\_\_\_\_

其他健康問題 Other health problems \_\_\_\_\_

現在使用藥物 Current medication(s) \_\_\_\_\_ 如果沒有請打勾 Check if none

有任何手術嗎? Have you had any operations? 有/無 Yes/No 種類? Kind? \_\_\_\_\_ 手術日期? When? \_\_\_\_\_

家庭醫生名字 Name of family doctor \_\_\_\_\_

上次檢查日期 Date of last visit \_\_\_\_\_ 上次破傷風注射日期 Date of last tetanus shot \_\_\_\_\_

### 家庭病史 Family History

高血壓 High blood pressure 有/無 Yes/No 關係 Relation \_\_\_\_\_ 黃斑症 Macular degeneration 有/無 Yes/No 關係 Relation \_\_\_\_\_

糖尿病 Diabetes 有/無 Yes/No 關係 Relation \_\_\_\_\_ 視網膜剝落 Retinal detachment 有/無 Yes/No 關係 Relation \_\_\_\_\_

青光眼 Glaucoma 有/無 Yes/No 關係 Relation \_\_\_\_\_ 白內障 Cataracts 有/無 Yes/No 關係 Relation \_\_\_\_\_

### 個人健康狀況 Personal Eye Information

你有任何眼睛問題嗎? Do you have any eye conditions or problems? 有/無 Yes/No 種類 Type \_\_\_\_\_

有動過任何眼睛手術嗎? Have you had any eye operations? 有/無 Yes/No 種類 Type \_\_\_\_\_ 日期 Date \_\_\_\_\_

眼睛有過受傷嗎? Have you had any eye injuries? 有/無 Yes/No 種類 Type \_\_\_\_\_ 日期 Date \_\_\_\_\_

### 下列你有 Do you have any of the following?

青光眼 Glaucoma 有/無 Yes/No 白內障 Cataracts 有/無 Yes/No 乾眼症 Dry eye(s) 有/無 Yes/No

黃斑症 Macular degeneration 有/無 Yes/No 視網膜剝落 Retinal detachment 有/無 Yes/No 視力模糊 Blurred vision 有/無 Yes/No

有帶眼鏡嗎 Do you wear glasses 有/無 Yes/No 隱形眼鏡 Contact lenses 有/無 Yes/No 種類 Type \_\_\_\_\_

其他 Additional Information \_\_\_\_\_

### 醫生專用 Doctor Use Only

檢查醫師 Reviewed by \_\_\_\_\_  沒有變化 No changes 日期 Date \_\_\_\_\_

檢查醫師 Reviewed by \_\_\_\_\_  沒有變化 No changes 日期 Date \_\_\_\_\_

檢查醫師 Reviewed by \_\_\_\_\_  沒有變化 No changes 日期 Date \_\_\_\_\_