



Patient Medical History Form 病歷表

姓名 Name : _____ DOB 出生日期 : _____ Today's Date 今日日期 : _____
職業 Occupation : _____

Medical Information 醫療信息

主診醫師/家庭醫生姓名 PCP: _____ Referring Doctor 轉介醫生: _____
TEL 電話: _____ TEL 電話: _____

你目前懷孕或哺乳嗎? Currently pregnant/breastfeeding? **是 YES** **不 NO**

請列出你所有患的疾病 (如青光眼, 糖尿病, 高血壓, 心臟病, 中風等等) 或損傷 (如腦震盪等) **ILLNESSES / INJURIES** :

請列出你目前正在服用的所有藥物 (包括處方及非處方藥) **MEDICATIONS**:

有對任何藥物, 食物, 物質或過敏原過敏嗎? Allergies? **有 YES** **沒有 NO**

如有, 請列出 藥物, 食物, 物質或過敏原: _____

請列出所有手術史 (如白內障, 扁桃體切除術, 闌尾切除術等) **SURGERIES**:

你曾接受過激光矯視術嗎? LASIK? **有 YES** **沒有 NO** 如有, 是在何時何處? _____

Family History 家族史

有 沒有 誰? (祖父母, 父母, 兄弟姐妹)

失明 Blindness	Y	N	
青光眼 Glaucoma	Y	N	
黃斑病變 Macular Degeneration	Y	N	
白內障 Cataract	Y	N	
關節炎 Arthritis	Y	N	
癌症 Cancer	Y	N	
糖尿病 Diabetes	Y	N	
高血壓 Hypertension	Y	N	
心臟病 Heart disease	Y	N	
腎臟疾病 Kidney disease	Y	N	
紅斑狼瘡 Lupus	Y	N	
中風 Stroke	Y	N	
甲狀腺疾病 Thyroid disease	Y	N	
其他 Other	Y	N	

你目前有沒有以下的不適?

視力喪失 Loss of vision	Y		N	眩光/對強光敏感 Glare/photop	Y		N
視力模糊 Blurred vision	Y		N	眼睛疼痛或酸痛 Pain/Sore	Y		N
視力波動 Fluctuating vision	Y		N	眼睛/眼瞼感染發炎 Infection	Y		N
視覺扭曲 (有光環) halo	Y		N	眼睛疲勞 Fatigued eyes	Y		N
周邊視野虧損 Periph. Loss	Y		N	鬥雞眼, 弱視, 斜視 Lazy/Cross	Y		N
重視 Double vision	Y		N	眼瞼下垂 Droopy lids	Y		N
乾澀 Dryness	Y		N	視力影響駕駛 Difficulty driving	Y		N
黏液分泌 Discharge	Y		N	夜視困難/夜盲 Night vision	Y		N
發紅 Redness	Y		N	其他眼疾 Other	Y		N
沙粒或砂礫感 Sandy	Y		N	發燒 Fever	Y		N
痕癢 Itching	Y		N	消瘦/體重下降 Weight loss	Y		N
燒灼感 Burning	Y		N	心臟/呼吸困難 Heart/Resp	Y		N
異物感 Foreign body sensation	Y		N	腸胃/腎臟不適 GI/Renal	Y		N
眼濕或流淚 Tearing	Y		N	骨/關節/自身免疫 MSK/Imm	Y		N

Contact Lens Information 隱形眼鏡資料

右眼 OD

左眼 OS

品牌 Brand

度數 Rx

有戴眼鏡嗎? Glasses? **有 / 沒有** B.C. _____ DIA _____ B.C. _____ DIA _____

Pharmacy Information 藥房資料

藥房名稱 _____ TEL 電話# _____ FAX 傳真# _____
地址 _____

Social History 社交史

抽烟 Smoke: 目前有 / 已戒, 從何時? _____ 多少/頻率? _____ / 從未有 / 拒絕回答
飲酒 Alcohol: 有 / 沒有 多少/頻率? _____ (特別場合, 周末聚會, 一天一兩杯酒, 一天兩三瓶啤酒等等)
毒品 Drugs: 有 / 沒有 種類: _____ 多少/頻率? _____
其他 Others: _____

簽名: _____ 日期: _____