

LI Dermatology, PLLC
李實醫學博士皮膚專科診所

登記表

☐ 新病人 ☐ 變更名字 ☐ 變更地址 ☐ 變更保險

姓名 _____ 出生日期 ____/____/____ 性別: ☐ 男 ☐ 女

社安號 _____ 婚姻狀況: ☐ 已婚 ☐ 單身 職業 _____

地址 _____

城市

郵編

家庭電話() _____ 工作電話 () _____

手機 () _____ 電子郵件 _____

被保險人:

姓名 _____ 出生日期 ____/____/____

地址 _____

城市

郵編

關係 ☐ 母親 ☐ 父親 ☐ 配偶 ☐ 其他 _____ 電話 () _____

家庭醫生 _____

姓名

地址

電話 _____ 傳真 _____

轉診醫生 _____

姓名

地址

電話 _____ 傳真 _____

緊急聯絡人 _____

姓名

地址

電話 _____ 關係 _____

您怎麼知道我們的診所 _____

主要保險公司 _____

第二保險公司 _____

您的藥房 _____

名字

地址

電話

姓名_____

患者隱私

我知道李博士和她的診所職員為了確保我的醫療隱私，會遵照美國健康保險流通與責任法案 1996（HIPAA）的規定。此診所 HIPAA 法規文件和病人的人權法案可供我查看。

如果您想授權李博士和她的診所職員把您的看病情況告訴您的家人或其他個人，或留言給應答機或電子郵件，請填寫下面相應部分給予您的許可。此授權將在簽署之日起生效，直至另行通知。

本人同意李博士皮膚診所：

把測試結果留言在家庭電話/工作電話/手機上？ 是 否

把其他消息留言在家庭電話/工作電話/手機上？ 是 否

與以下的人討論我的病情和测试结果

_____ 關係 _____ 電話號碼 _____

轉診文件和付款

我知道我有責任提供任何必要的轉診或其他文件。我負責所有的共同付費（co-payments），coinsurances 和免賠額（deductibles）。如果我不出示有效的轉診或其他文件，如果我沒達到我的免賠額，如果我的保險計劃沒有生效，或醫生不參加我的保險計劃，我要負責所有費用。

為了向保險公司或其他機構（包括 Medicare 醫療保險）索賠醫療費用，我授權此診所向有關機構和人員提供我的醫療信息，並允許保險公司人員審查和複製我看病有關的所有記錄。本人授權保險公司將醫療費支付給此診所。

我知道診所的規則是在病人檔案內保留一個信用卡的信息。如果病人拖欠債務超過 60 天，我授權用下面的信用卡支付我的欠款。信用卡號碼：_____, 失效日期 _____。如果我的檔案內沒有一個有效的信用卡而且診所需要另寄帳單，那診所會收取額外的 10 元手續費。

醫療的必要性

一些去除某些良性病變皮膚的手術可能被我的保險公司視為沒有醫療的必要性或屬美容。我知道在這種情況下，病人支付全部醫療費用。

照相同意：我同意如我的病歷需要，診所可照相。草簽 _____

我保證我所提供的信息是正確的，而我已閱讀並了解上述所有段落。

簽名：_____ 日期 _____

請將本表格連同您的保險卡和駕駛執照交給接待員

姓名_____

病史

您是否曾經被診斷或治療過任何以下病症？如果答案是肯定的，請詳細解釋：

十二指腸潰瘍或胃潰瘍	是_____	否
肺結核或肺部疾病	是_____	否
心臟雜音/疾病	是_____	否
高血壓	是_____	否
甲狀腺問題	是_____	否
血塊	是_____	否
腎臟疾病	是_____	否
肝炎 /肝病	是_____	否
情緒失調	是_____	否
糖尿病	是_____	否
出血性疾病	是_____	否
關節置換	是_____	否
免疫疾病	是_____	否
人工心臟瓣膜	是_____	否
肉毒桿菌或填充物	是_____	否
美容治療	是_____	否
您在手術前服用抗生素嗎？	是_____	否
您住過院或手術嗎？	是_____	否
您是否服用阿司匹林或血液稀釋劑？	是_____	否
您有心臟起搏器嗎？	是_____	否

您或任何親戚曾經有過以下症狀嗎？

傷口癒合困難	是_____	否
失血過多	是_____	否
疤痕或疤痕疙瘩	是_____	否
X射線治療皮膚狀況	是_____	否
嚴重曬傷	是_____	否
濕疹	是_____	否
過敏/哮喘	是_____	否
嚴重的痤瘡/青春痘	是_____	否
皮膚癌	是_____	否
許多大或異常的痣	是_____	否

吸煙史：目前每天吸煙

☒ 偶爾吸煙者

戒菸者

從未吸過煙

您在服用任何特殊的飲食嗎？	是_____	否
您有什麼斑點改變大小，顏色，厚度，質地，等等？	是_____	否
您皮膚是否有任何地方出血或不癒合？	是_____	否

姓名_____

對於女性

您有定期的月經週期嗎？

是_____否

您現在懷孕, 準備懷孕, 或在哺乳孩子嗎？

是_____否

藥物

您是否對任何藥物過敏？

是_____否

如果有，請列出：

藥物名_____	什麼反應_____	嚴重程度_____
藥物名_____	什麼反應_____	嚴重程度_____
藥物名_____	什麼反應_____	嚴重程度_____
藥物名_____	什麼反應_____	嚴重程度_____

目前所用藥物

藥物名_____	藥量_____	治什麼病_____	開藥人_____
藥物名_____	藥量_____	治什麼病_____	開藥人_____
藥物名_____	藥量_____	治什麼病_____	開藥人_____
藥物名_____	藥量_____	治什麼病_____	開藥人_____
藥物名_____	藥量_____	治什麼病_____	開藥人_____
藥物名_____	藥量_____	治什麼病_____	開藥人_____
藥物名_____	藥量_____	治什麼病_____	開藥人_____
藥物名_____	藥量_____	治什麼病_____	開藥人_____
藥物名_____	藥量_____	治什麼病_____	開藥人_____
藥物名_____	藥量_____	治什麼病_____	開藥人_____
藥物名_____	藥量_____	治什麼病_____	開藥人_____
藥物名_____	藥量_____	治什麼病_____	開藥人_____

維生素 / 補養品 / 中藥_____

簽名: _____ 日期 _____