

患者信息

请填写全部表格

日期:

患者								
姓	名	MI	社安号	年龄	生日*	性别*	婚姻	名族*
家庭地址			城市	州	邮编	家庭电话		
雇主			城市	州	邮编	工作电话		
语言*	种族*	电邮地址*				移动电话		
	☒ 非西班牙裔							
	☒ 西班牙裔							

紧急联系人			
联系人姓名	与患者关系	主要联系电话	第二联系电话

家庭医生	介绍医生	介绍医生地址	电话	传真

药房	地址	电话	传真

保险				
保险公司	被保险人姓名, 生日, 社安号	与患者关系	保险号# /Group #	共付费
第二保险公司	被保险人姓名, 生日, 社安号	与患者关系	保险号# /Group #	共付费
第三保险公司	被保险人姓名, 生日, 社安号	与患者关系	保险号# /Group #	共付费

患者同意:

我证明以上信息正确。我授权提供医疗信息给保险公司或代理 (包括 Medicare) 以便处理保险赔偿。我授权付给医生医疗费用。我理解过期付费可能需要付利息。

我允许用复印件代替这份原价。

签名: _____ 日期: _____

(被保险人, 患者, 父母, 或代理签名)

I acknowledge that I have received the HIPPA Notice of Privacy Practices.

Signature: _____ Date: _____

HAODONG SONG, M.D.

2698 Highway 516 Suite D
Old Bridge, NJ 08857
Phone: (732) 707-3771
Fax: (732) 707-3772

IN THE EVENT MY PHYSICIAN SHOULD NEED MY MEDICAL RECORDS FROM A HOSPITAL OR ANOTHER MEDICAL OFFICE, I HEREBY GIVE MY AUTHORIZATION TO HAVE THIS INFORMATION RELEASED TO:

HAODONG SONG, M.D.

NAME: (print) _____

D.O.B.: _____

SIGNATURE: _____

WITNESS: _____

DATE: _____

新患者表格

姓名: _____ 日期: _____ 身高*: _____ 体重*: _____ £ 右 £ 左 利手

主诉: 来看神经内科的主要原因: _____

症状开始日期: _____ 其它有关症状: _____

过去史:

	有	无		有	无		有	无
哮喘			头部外伤			出血倾向		
肺气肿			心脏病			中风		
癌症			高血压			甲状腺疾病		
糖尿病			高血脂			Lyme disease		

其它, 手术史, 住院史:

社会史: 职业: _____ 教育程度: _____

住所: _____

酒精史: £ 无 £ 现在饮酒 £ 过去饮酒, 戒酒日期 _____, 饮酒量 _____

吸烟史*: £ 无吸烟史 £ 过去吸: _____ 每天包数, 戒烟日期 _____

现在每天吸: £ 数根 £ 1 包 £ 1-2 包 £ 2 或 __ 包

毒品使用: £ 否 £ 是, _____

家族病史:

系统回顾: 请填有无, 在下面空行描述或添加其他症状.

	有	无		有	无
近期体重变化			疲劳		
发烧			关节肿痛		
视力模糊			肌无力		
听力减退			肌痛/ 痉挛		
耳鸣			颈痛/腰背痛		
咳嗽			皮疹		
胸痛			头痛		
心悸			头晕		
气急			麻木		
恶心/ 呕吐			记忆减退		
腹泻			步态不稳		
便秘			焦虑		
便血			抑郁		
尿频			失眠		
血尿			过于口渴		
大小便失禁			冷热不能耐受		
			过去一年有跌倒		
其它:					

过敏史*: _____

现在用药*: 请写明剂量.

BP: _____ HR/P: _____
£ Fax to referral