REGISTRATION FORM – PLEASE PRINT

환자 정보 (PATIENT INFORMATION)		
성(Last Name) / 이름 (First Name) / Middle Name	생년월일 (DOB: Month/Day/Year)	성별 (Sex)
		□ 남자 (M) □ 여자 (F)
보호자 이름 (Name of Guardian)	환자와의 관계 (Relationship)	
	□부 (Father) □모 (Mothe	r) 🗆 친척 (Relative) 🗆 친구 (Friend)
주소 (Address)	시 (City) 주	(State) 우편번호 (Zip)
전화번호 (Phone) 집 (Home)	직장 (Work)	휴대폰 (Cell)
응급시 연락처 (Emergency Contact Name)	관계 (Relationship)	전화 (Phone)
이메일주소 (Email Address)	소설번호 (Social Security Number)	결혼관계 (Marital Status)
		□ 미혼 (Single) □ 기혼 (Married)
		□ 이혼 (Divorced) □ 미망인 (Widow)
직장 이름 / 주소 (Employer Name / Address)		학생시 신분 (Student Status)
		☐ Full Time ☐ Part Time
인종 (Race)		
☐ Black/African American ☐ Asian ☐ Cauca	asian Hispanic or Latino	Other (Please Specify:)
집에서 사용하는 언어 (Primary Language Spoken in th	e Home)	참전용사 (Veteran) □ Yes □ No
☐ English ☐ Spanish ☐ Korean ☐ Oth	ner (please define:)	흡연여부 (Smoker) ☐ Yes ☐ No
다음 사형	Methodist CHARLTON EAR, NOSE AND THROAT ASSOCIATES 함을 정확히 기입하여 주십시오	Ρ.
병원을 방문하신 이유 (Reason to See the Doctor):	52 64 4 7 6 9 4 1 6 7 2	L.
지난 21 일동안 미국외 나라를 방문한 적이 있습니까? (H 아니오 (No) 방문한 나라 (Where):	ave you traveled outside the United States	within the past 21 days?) 네 (Yes) /
최근에 미국외 나라를 방문시 아픈 사람과 접촉한 적이 있 States?) 네 (Yes) / 아니오 (No)	습니까? (Have you recently been exposed	to someone ill who has traveled outside the United
열이 101.5 ° F 를 넘어간 적이 있습니까? (Has you had a fev 네 (Yes) / 아니오 (No)	er of 101.5 ° F or greater?)	

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (pg 1/2) – PLEASE PRINT

성 (Last Name) / 이름 (First Name) / Middle Na	ame 생년월일 (DOB: Month/Day/Year)	
언제 마지막으로 파상풍 주사를 맞았습니까?	올해 독감 주사를 맞았습니까? (Have you had the flu shot this year?)	
(When was your last Tetanus Shot)	□ 예 (Yes) □ 아니오 (No)	
언제 마지막으로 병원을 방문하셨습니까?	의사이름 (Doctor's Name):	
(Last doctor's visit)		
병력 (Medical History) – 해당 사항을 모두 체크하세요		
어릴적 겪었던 병 (Childhood Illness): □ 류마티스성 열	(Rheumatic fever) □ 복거리 (Mumps)	
□ 성홍열 (Scarlet fever) □ 수두 (Chicken pox) □		
	a) □ 고혈압 (Hypertension) □ 심장병 (Heart Disease)	
□ 녹내장 (Glaucoma) □ 편두통 (Migraine) □ 궤양		
	병 (Kidney Disease) 다양 (Cancer) 다 우울증 (Depression)	
□ 관절염 (Arthritis) □ 갑상선 질환 (Thyroid Disease)		
□ 알코올 중독 (Alcoholism) □ 발작 경련 (Seizures)		
□ 이외 병명이 있으시면 모두 나열해 주세요 (Other):		
약에 부작용있으시면 모두 나열해 주세요 (Drug Allergies):		
지금 복용하고 계신 약들을 모두 나열해 주세요 (Current Me	edications including non-prescription medications and supplements):	
입원 경력 (Hospitalizations):		
수술 경력 (Surgeries):		
Social History		
-	per week): 직업만족도 (Satisfied with job): □ 상 □ 중 □ 하	
주량 (Alcohol):drinks per week	커피/차 (Coffee/Tea): cups per day	
담배 (Tabacco): Smoking:cigarettes per day		
Chewing:cans per week	# Years: Year quit:	
Recreational drugs 사용여부:		
특별한 식이요법을 하고 계십니까?		
운동은 규칙적으로 하고 계십니까?		
가족병력 (Family History) F: 아버지 M: 어머니 S	S: 형제자매 C: 자녀 R: 다른친척	
해당 사항을 모두 체크하세요.		
□ 당뇨병 (Diabetes): F M S C R □ 갑상선 질환 (Thyroid Disease): F M S C R		
□ 알코올 중독 (Alcoholism): F M S C R □ 고혈압 (Hypertension): F M S C R		
□ 심장병 (Heart Disease): F M S C R □ 관절염 (Arthritis): F M S C R		
그 천식 (Asthma): F M S C R		
□ 당뇨병 (Diabetes): F M S C R □발:	작 경련 (Seizures): F M S C R	
□ 빈혈 (Anemia): F M S C R □ 골	다공증 (Osteoporosis): F M S C R	
	졸증 (Stroke): F M S C R	
□ 편두통 (Migraine): F M S C R □ 임	· (Cancer): F M S C R 암명 (Caner Name):	

Chart #:_____

Reviewed by _____ Date ____

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (pg 2/2) – PLEASE PRINT

전체리뷰 (System Review): 최근 3 개월동안 겪어 왔던 모든 증상에 대해 체크하세요 (Check any of the following which you have had in the last 3 months)

일반사항 (General)	알르레기 / 면역계통	청력계통 (Ears)	신경계 (Neurologic)
	(Allergies / Immune)		
□ 열/오한 (Fever/chills)	□ 계절성 알르레기 (Seasonal allergies)	□ 귀 통증(Ear pain)	□ 두통(Headache)
ㅁ 피로 (Fatigue)	ロ 만성 알르레기 (Year round Allergies)	□ 귀 먹먹함 (Popping – pressure)	□ 어지럼증(Dizziness)
		□ 이명 (Ringing in ears)	□ 간질(Seizures)
위장계통 (Gastrointestinal)	후각계통 (Nose)	□ 귀 염증 (Ear infections-frequent)	□ 무감각(Numbness or tingling)
다 속쓰림 (Heartburn)	□ 축농증 (Sinus trouble)	□ 청력 손실 (Hearing loss)	☐ (Muscle weakness)
□ 멀미/구토 (Nausea / vomiting)	□ 콧물흘림 (Runny nose)	□ 어지러움 (Dizziness)	□ 기절(Passing out)
□ 식욕감퇴 (Loss of appetite)			
□ 몸무게 감소 (Weight loss)	후두계통 (Throat)	눈계통 (Eyes)	피부계통 (Skin)
다 삼키기 장애, 연하곤란 (Difficulty swallowing)	□ 후두통증 (Sore throat)	口 눈 간지러움 (Eye irritation and itching)	ㅁ 두드러기 (Rash / hives)
ロ 복통 (Abdominal pain- chronic)	□ 쉰 목소리(Hoarseness)	□ 눈통증 (Eye pain)	ロ 아토피성 피부염 (Psoriasis / Eczema)
설사(Diarrhea)		ロ 눈병 (Eye infections)	□ 피부반점 (New moles)
□ 혈변 (Bloody or Tarry stools)	호흡계통 (Respiratory)	□ 시력변화 (Vision changes)	
□ 황달(Jaundice)	ロ 기침 (Cough)		심장계 (Cardiac)
□ 간염(Hepatitis)	□ 숨가쁨 (Shortness of breath)	혈액계통(Hematology)	가슴통증 (Chest pain)
□ 대장게실(Diverticulosis)	□ 천식 (Asthma / wheezing)	□ 멍 (Bruising)	□ 발목 부종 (Swollen ankles)
□ 대장염(Colitis)	폐렴 (Pneumonia)	□ 출혈 (Bleeding)	□ 부정맥 (Irregular pulse)
	□ 기관기염 (Bronchitis)	□ 수혈 (Blood transfusions – lifetime)	ロ 도보시 다리통증 (Leg pain when walking)
		□ 임파선 부종 (Enlarged lymph nodes)	심잡음 (Heart murmur)

Chart #:	Reviewed by	Date

환자의료정보 공개 동의서

(Patient Preference Regarding Communication of Health Information)

「건강보험의 이전과 책임에 관한 법률 (HIPAA)」에 의거하여 환자의 프라이버시를 보호하기 위해서, 당사자 이외 환자가 지정한 제 3 자 (가족인이나 대리인)에게 환자 본인의 의료정보를 접근 혹은 공개를 허용할 경우 이동의서에 서명이 필요합니다. 또한 공개 방식으로 NextMD 에서 지정한 연락정보에 의해 전화메세지, 메일통보, 이메일을 선택할수 있습니다.

In order to better protect your privacy under HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act), we have created this consent form for releasing medical information to family members and other people of choosing. This will also be used for consent to leave you detailed telephone messages at the mentioned phone numbers, mail your lab results to your home and also send secure email results to your personal email address once enrolled in NextMD. Many times we have patient's family members call requesting medical information and legally we are not allowed to release that information without the patient's written consent. The purpose of this document is to protect your privacy.

<u>완사가속 및 내리인 시성 (C</u>	ommunication to Family Members, Spo	uses or Other)
아래 지정한 사람에게 나의 조건과	· 치료방법에 관한 예약, 질문 등에 관한 의료정	보를 공유하는것을 허락합니다.
I, 본인 이름 (Name)	생년월일 (DOB)	, hereby give my permission for
the release of medical information r	egarding appointments and questions about my c	ondition and treatments to the following person:
이름 (Name):	관계 (Relation):	전화번호 (Phone):
이름 (Name):	관계 (Relation):	전화번호 (Phone):
이름 (Name):	관계 (Relation):	전화번호 (Phone):
위에 지정한 가족, 친척, <u></u>	E는 대리인 <u>이외</u> 어떤분에게도 본인의 어떠한 9	의료정보를 접근 혹은 공유를 허락치 않은 경우 여기에
체크하시기 바랍니다. (Check here information regarding my medical c	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	members, relatives or close personal friends to have access to any
NextMD 를 통한 의료정보고	고환 (Electronic Communication via Next	MD (Secure Electronic Medical Records))
네, NextMD 의 Patient Port	al 을 통하여 의료정보를 교환하기를 원합니다.	검사 결과와 같은 확인할 정보가 있을시에 이메일로 연락해
드립니다. 이 이메일에는 보완이 뒤	틴 웹사이트로 접속할 수도록 링크가 제공되어져	니며, 이 링크를 통해 본인이 정한 user name 과 password 로 검사
결과를 인터넷에서 확인하실 수 있	J습니다.	
아래에 본인이 사용하고자 하는 0 Email address:	메일을 적어 주시기 바랍니다.	
아니오, NextMD 를 통한 인	 터넷상에서 의료정보를 교환하기를 워하지 않	습니다. 이 경우 검사 결과는 예약을 통해 의사를 직접 만나서
	드릴 수 있습니다. 메일 확인시 최대 10 일 시간	
<u>전화를 통한 의료정보교환</u>	(Communication via the Telephone)	
환자 의료정보 또는 예약 확인 등을	을 아래에 있는 전화번호의 음성메세지로 연락하	# 드립니다.
	(회사/휴대폰/집전화)	(회사/휴대폰/집전화
<u>동의서 서명 (Consent and A</u>	greement)	
위의 환자의료정보 공개 동의서어	설명되어진 가이드라인을 잘 이해하고 동의합	니다.
서명 (Signature):		날짜 (Date):

환자의료정보 공개 동의서 (Financial Policy)

「건강보험의 이전과 책임에 관한	· 번류 (HIPAA) 네 이거하여	화자이 프라이버시를 보호하	기 위해서
			.

Chart #:	Reviewed by	Date