

感謝您來到我們的診所。我們將盡力提供一個溫暖和友好的環境,使你能有一個愉快的經驗。

我可以期待什麼?第一次你將會與陳醫生會面。醫生將會檢查你的脊椎和神經系統,以確定你病情的原因。請填寫以下問題以幫助醫生確定你的病情。當你填寫完表格後,醫生會與你討論你過去和現在的健康史,醫生會與你進行物理檢查,其中將包括檢查你的姿勢,脊柱的活動度,關節和肌肉緊張的活動範圍。這將會為我們為你提供的療程給予更準確信息

### 綜合/機密評估問卷

請認真完成所有的問題。

日期: 日\_\_\_\_月\_\_\_\_年\_\_\_\_

#### 個人資料:

姓氏: \_\_\_\_\_ 名字: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_ 城市: \_\_\_\_\_ 郵區號碼: \_\_\_\_\_

電話(住宅): \_\_\_\_\_ (公司): \_\_\_\_\_ (手提): \_\_\_\_\_

性別: (請圈) 男 / 女 出生日期: 日\_\_\_\_月\_\_\_\_年\_\_\_\_ 婚姻狀況: (請圈) M W S D

職業: \_\_\_\_\_ 醫療咭號碼: \_\_\_\_\_ 序號: \_\_\_\_\_

電郵: \_\_\_\_\_ Number of Children: \_\_\_\_\_ 年齡: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Whom can we thank for referring you? \_\_\_\_\_

我們能否發送診所更新和促銷到你的電郵地址? (請圈) 是/否

我們能否發送預約提醒到你的電郵地址? (請圈) 是/否

#### 醫生資料:

家庭醫生: \_\_\_\_\_ 聯絡電話: \_\_\_\_\_ 我們可以聯絡你的家庭醫生嗎? Y / N

#### 保險資料(如適用):

有沒有醫療延長計劃: (請圈) 有 沒有

請選擇覆蓋範圍: ( ) 脊醫 ( ) 矯型 ( ) 針灸 ( ) 按摩

#### 緊急聯絡人:

姓名: \_\_\_\_\_ 聯絡電話: \_\_\_\_\_

#### 健康記錄:

1. 當你第一次發現症狀是什麼時候? \_\_\_\_\_

2. 現在你最關心的問題是什麼? \_\_\_\_\_

3. 你覺得你的問題是(請圈) a) 暫時性 or b) 永久性

4. 在你的日常公作過程中有沒有維持同一個姿勢 (ie. 反覆提升, 坐, 駕駛)? 有/ 沒有 如有, 請注明:

5. 什麼活動會令你症狀加劇? \_\_\_\_\_

6. 什麼活動會令你症狀減輕? \_\_\_\_\_

7. 疼痛分佈圖:

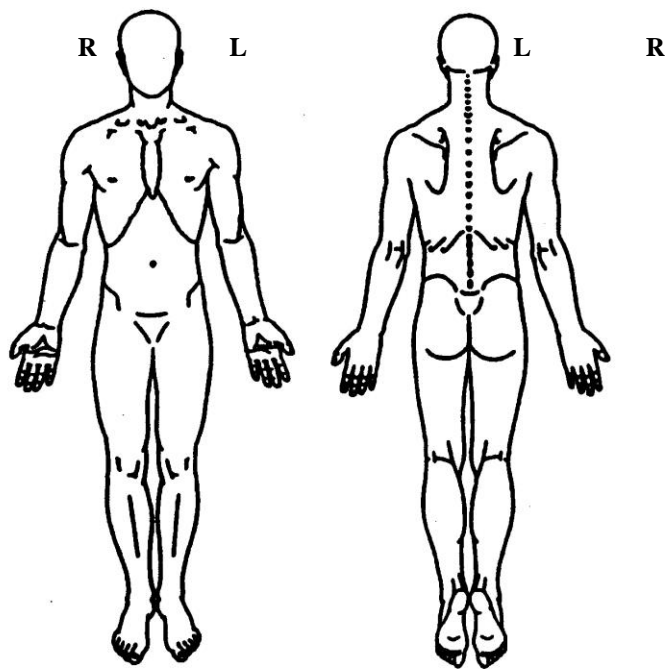
如適用請選擇你的痛狀覆蓋範圍:

- 疼痛                       痲痺                       軟弱                       電擊  
 刺痛                       痕痒                       Tingling

在以下分佈圖, 請用以下符號標示你的疼痛範圍:

疼痛 PPP                      痲痺 OOO                      軟弱 WWW                      電擊 SSS

痕痒 III                      刺痛/Tingling ZZZ



請由 0(無痛楚)至 10 (最痛)去評估你的疼痛指數

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

請寫下你希望醫生專注的意見或問題:

8. 心理壓力也能影響到你的神經系統正常運作的因素.請從 0(沒有壓力)至 10(非常大壓力)去評價你的整體心理/精神壓力

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. 請列明因你的病情而曾經接受過的治療或目前正在接受中的治療:

9. 請列明手術種類及手術日期: \_\_\_\_\_

10. 如你或你的任何家人患有過以下病例, 請列明: 自己(S) 家人(F): -----

AIDS	[ ]	Fainting	[ ]	Memory problems	[ ]
關節炎	[ ]	Faulty posture	[ ]	Mental disorders	[ ]
Asthma	[ ]	Foot Trouble	[ ]	Nerve problems	[ ]
Bladder, kidney, bowel	[ ]	Heart disease	[ ]	Neurological disease	[ ]
Cancer of _____	[ ]	Hernia	[ ]	Obesity	[ ]
Cholesterol	[ ]	HIV (AIDS) exposure	[ ]	Osteoporosis	[ ]
Diabetes	[ ]	High blood pressure	[ ]	Seizures	[ ]
Digestive problems	[ ]	Hypertension	[ ]	Stroke	[ ]
Drug/Alcohol abuse	[ ]	Liver disease	[ ]	Thyroid disease	[ ]
Eyes, ear, nose, throat	[ ]	Lung problems/asthma	[ ]	Other _____	[ ]

11. 你的高度: \_\_\_\_\_ 體重: \_\_\_\_\_ 最近有沒有體重改變 (增加 / 減少)? 有 / 沒有

12. 有沒有吸煙習慣? 有/ 沒有 如有, 有多久? \_\_\_\_\_ 一天多少枝? \_\_\_\_\_

13. 有沒有過敏: [ ] 沒有 [ ] 有, 如有請列明: \_\_\_\_\_

14. 如有發生過任何嚴重交通意外, 跌倒或住院治療 (原因和年份) 請列明:

\_\_\_\_\_

15. 骨折: 骨頭位置 \_\_\_\_\_ 當時年齡: \_\_\_\_\_

16. 請列出目前正在服用的藥物 (如適用, 請提供服用量及次數):

\_\_\_\_\_

17. 請列出目前正在服用的補給品(如適用, 請提供服用量及次數):

\_\_\_\_\_

18. 當你最後一次感覺到自己是 100%健康是什麼時候? \_\_\_\_\_ 這是你的目標嗎? (請圈) 是 否

- 我只想解決我現有的一個具體問題
- 當我的具體問題得到舒緩後, 我有興趣學習如何確保它不會再次發生
- 當我的具體問題得到舒緩後, 以及學習到如何防止再次發生後, 我也有興趣去學習如何能提高我的總體健康
- 目前我沒有任何重大的症狀及感覺很好, 但我希望能夠找到可以幫助我提升我的健康狀態達到最佳的方法

- **檢查同意:**我同意在此辦公室主進行檢查/治療, 以及跟將我的報告轉交給相應的專業人員
- **醫療咭同意:** I release my health card number by the Ministry of Health if requested by this office.我同意
- **RELEASE OF INFORMATION:** I consent to the release of information to third party and other professionals.

\_\_\_\_\_  
(Signature of patient/claimant, parent or guardian)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Witness)

We are fully compliant with both Federal and Provincial privacy laws. All information is kept secure and is not communicated to any party for any reason except that information which you approve. We would be pleased to discuss any privacy issues with you should you have any concerns.