

EnWell Chiropractic & Acupuncture
Confidential Patient Intake Form

日付: _____

Please fill out all the information before seeing the doctor

PATIENT INFORMATION

名前: (ローマ字) _____ Preferred Name: _____

住所: _____ 市: _____ 州: _____ 郵便番号: _____

ソーシャルセキュリティ#: _____ 自宅電話: _____ 携帯: _____ 勤務電話: _____

Email: _____

性別: 男・女 結婚暦: 既婚 / その他 / 独身

電話連絡方法: 自宅・携帯・仕事

生年月日 ____ / ____ / ____ 年齢 ____

予約確認: テキスト 希望する・しない

職業: _____ 会社名: _____

*紹介者 _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION 緊急連絡先

名前: _____

今回の症状で診察、治療を受けましたか?: はい・いいえ

自宅電話: _____ 携帯: _____

病院と先生の名前: _____

関係: 子供 / 親 / 配偶者 / その他: _____

主治医: _____

連絡先: _____

希望の治療に記しをつけて下さい。 カイロプラクティックと鍼灸 カイロプラクティック 鍼灸 相談して決める

FINANCIAL INFORMATION 支払い方法を選んでください。保険がある方はフロントに保険証を提示して下さい。

医療保険 あり ・ なし (セルフペイ) 事故・交通事故 その他 (説明): _____

PRIMARY INSURANCE

保険会社名: _____

ID#: _____ Group #: _____

名前: _____

被保険者との関係: 本人 / 配偶者 / 親 / 子供 / その他

本人以外の場合:

被保険者名: _____ 性別: 男 / 女

住所: _____

市: _____ 州: _____ 郵便番号: _____

電話: _____ 生年月日: _____

SECONDARY INSURANCE

保険外社名: _____

ID#: _____ Group#: _____

名前: _____

被保険者との関係: 本人 / 配偶者 / 親 / 子供 / その他

本人以外の場合:

被保険者名: _____ 性別: 男 / 女

住所: _____

市: _____ 州: _____ 郵便番号: _____

電話: _____ 生年月日: _____

患者様のお持ちの健康保険や自動車保険のポリシーや保障内容はご本人様と保険会社との契約となりますので当院では関知できません。ただし、保険請求に関しましては患者様の代わりに当オフィスから保険会社に直接請求し、保険金が当クリニックに支払われます。Deductible、copay、不足分や保険が支払われない場合などは患者様の自己負担となります。上記の内容に同意し承ります。

患者本人のサイン: _____ Date: _____

保護者名: _____

保護者のサイン: _____ Date: _____

Patient Case History

症状

当院にこられた理由: _____

怪我または事故日 _____ / _____ / _____ どのように始まりましたか?: _____

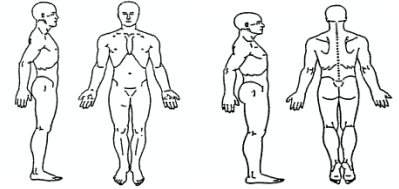
痛みの強さ 0-10 段階 (0 は痛みなし、10 は最大に痛い) :

No Pain 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 Very Severe (数字に○をしてください)

どのような痛みですか?: (当てはまるものすべてに○してください)

鋭い / 刺すような / 焼ける様な / うずく様な / 鈍痛 / 凝った様な / その他: _____

痛みの頻度? 常に痛い / 頻繁に痛い / そこそこ痛い / 少し痛い



痛みのある所に印を付けて下さい。

この症状と関係して痺れや痛みが身体のどこかにありますか? いいえ / はい (下記に○をしてください)

頭 - 後ろ側 / 前側 / 横側 右 / 左 / 両方 足 - 臀部 / もも / ひざ / ふくらはぎ / 足 右 / 左 / 両方

腕 - 肩 / ひじ / 手 / 指 右 / 左 / 両方 他の場所 - _____

どうすると楽になりますか? 冷やす・温める・休む・動かす・ストレッチ・痛み止め・その他: _____

どうすると痛くなりますか? 座る・立つ・歩く・横になる・寝る・動かす・その他: _____

日常のどのような行動がこの症状によって影響を受けていますか? (説明) _____

この症状についての質問

• 過去の治療歴: なし・カイロ・病院・PT・マッサージ・その他: _____ どこで? _____

• 過去の手術歴: (説明) _____

• 現在薬を取っていますか? 市販の薬・処方箋 _____

• 画像診断の有無: X-rays / MRI / CT / その他: _____ いつどこで? _____

その他の症状: _____

病歴 - (スペースが必要な場合は裏面にお書きください。)

家族の病歴: 家族の誰かをお書き下さい (父、母、祖母、祖父、兄弟、配偶者など)

心臓病 _____、脳梗塞 _____ ガン _____ 糖尿病 _____

ガンの種類: _____

その他の病気: _____

あなたの処方箋: (すべてお書き下さい) _____

ビタミン剤やサプリメント: (名前と頻度) _____

過去病歴・怪我: (手術歴・入院歴・事故・大きな怪我・骨折などリストして下さい。)いつ?なぜ? _____

摂取量をお書きください: たばこ - Yes / No 1 日の本数 _____ アルコール - Yes / No 1 日の量 _____

コーヒー - Yes / No 1 日の量 _____ 水 - 1 日の量 _____ 甘いもの・砂糖 - 1 日の量 _____

REVIEW OF SYSTEM

今、現在以下の症状がありますか？（当てはまるものにすべて√して下さい。）

Many of the following conditions respond to Chiropractic and Acupuncture treatment.

一般:

- 体重の増減
- 熱
- 疲れ

神経・筋・骨格:

- 腰痛
- 肩背部の痛み
- 首・腕・足
- 関節のはれ
- 関節の痛み
- 筋肉痛
- 筋肉の弱さ
- 筋肉が痙攣する
- 歩行困難
- ヘルニア
- 骨折
- 骨粗しょう症
- リュウマチ
- しびれ
- 麻痺
- 目まい
- 頭痛
- 意識がなくなる
- 忘れやすい
- 考えが混乱する
- 憂鬱になる

腎・泌尿器:

腎臓病

病名)? _____

- 膀胱障害 _____

尿について

- 多
- 少
- 痛みを伴う
- 異常色 前立腺の病気

病名 _____

性病

- 淋病
- 梅毒
- その他

心臓・血管・肺:

- 胸痛
- 心臓痛
- 貧血
- へん頭痛
- 呼吸しにくい
- 咳を頻繁にする
- たんが出る
- 血たんが出る
- 心臓の鼓動が早い
- 不眠症
- 高血圧
- 低血圧
- 脳卒中
- ペースメーカー
- 喘息
- 気管支炎
- 肺気腫
- 肺炎

消化器官:

- 食欲不振
- 過食症
- よく飲み込めない
- のどが渇く
- 吐き気がする
- 食物を吐く
- 血を吐く
- 腹痛
- 下痢
- 便秘
- 痔
- 盲腸炎
- ポリオ
- かいよう
- 糖尿病
- 体重異常 肝臓病

病名) _____

胆のうの異常 _____

病名) _____

女性のみ:

- おりもの
- 子宮出血
- 子宮内膜症
- 子宮癌
- 乳房痛
- 乳房の腫瘍
- 流産

目・口・耳・鼻・のど:

- 白内障
- 緑内障
- 目の炎症
- 耳の痛み
- 耳鳴り
- 耳が聞こえにくい
- 耳からうみが出る
- 鼻の痛み
- 鼻血が出る
- 鼻からうみが出る
- 鼻からの呼吸が
しにくい
- 歯ぐきが痛い
- 歯の問題
- 口が痛い
- 声がかれる
- 話しにくい 甲状腺の病気

病名) _____

その他病気:

- AIDS / HIV
- アルコール依存症
- 癌
- みずぼうそう
- うつ病
- てんかん
- 痛風
- ヘルペス
- はしか
- 単球増加症
- 多発性硬化症
- おたふくかぜ
- パーキンソン病
- しょうこう熱
- へんとう炎
- 結核症
- 腫瘍
- 腸チフス
- 百日咳

他 _____

妊娠中ですか？

はい 予定日 _____

いいえ
最近の生理日 _____

その他にドクター堀井に伝えた方がいいことはありますか? _____

I have read the above information and certify it to be true and correct to the best of my knowledge, and hereby authorize this office to provide me with chiropractic care, diagnostic testing, and/or therapeutic services, in accordance with this state's statutes. I choose to decline receipt of my clinical summary after every visit. (These summaries are often blank as a result of the nature and frequency of Chiropractic care.)

患者様・保護者のサイン _____ Date _____

Treating Doctor Signature _____ Date _____