

История здоровья нового пациента

Полная история здоровья для новых пациентов хиропрактики, включая историю здоровья позвоночника и историю травм

Информация о клиенте

Имя *

Фамилия *

Адрес электронной почты *

Номер телефона *

Дата рождения *

ДД / ММ / ГГГГ

Информация о направлении

Как вы узнали о нас?

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Направление от врача | ☐ Друг или родственник | ☐ Страховой провайдер |
| ☐ Поиск в интернете | ☐ Социальные сети | ☐ Другое |

Врач первичной медико-санитарной помощи

Телефон врача

Основная жалоба

Какова основная причина вашего визита сегодня? *

Где вы испытываете боль или дискомфорт? *

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Голова / Головные боли | ☐ Шея | ☐ Верхняя часть спины |
| ☐ Средняя часть спины | ☐ Нижняя часть спины | ☐ Бедро |
| ☐ Левое плечо | ☐ Правое плечо | ☐ Левая рука/кисть |
| ☐ Правая рука/кисть | ☐ Левая нога/стопа | ☐ Правая нога/стопа |

Текущий уровень боли (0 = нет боли, 10 = самая сильная возможная боль) *

- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
☐ 6 ☐ 7 ☐ 8
☐ 9 ☐ 10

Как вы бы описали боль?

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| ☐ Острая | ☐ Тупая/Ноющая | ☐ Жгучая |
| ☐ Пульсирующая | ☐ Стреляющая | ☐ Покалывание/Онемение |
| ☐ Скованность | ☐ Постоянная | ☐ Периодическая |

Когда началась эта боль? *

- ☐ Сегодня ☐ Несколько дней назад ☐ Несколько недель назад
☐ Несколько месяцев назад ☐ Более года назад

Что вызвало или спровоцировало боль?

История травм и несчастных случаев

Испытали ли вы какое-либо из следующего?

- ☐ Автомобильная или дорожно-транспортная авария
☐ Производственная травма
☐ Спортивная травма
☐ Скольжение и падение
☐ Травма при поднятии тяжестей
☐ Хлыстовая травма шеи
☐ Перелом кости
☐ Операция на позвоночнике
☐ Ничего из вышеперечисленного

Пожалуйста, предоставьте подробности о любых травмах (даты, полученное лечение)

Получали ли вы хiropracticкое лечение раньше? *

- ☐ Да ☐ Нет

Если да, опишите предыдущее хiropracticкое лечение и результаты

Медицинские состояния

В настоящее время у вас есть или вам был поставлен диагноз одного из следующих состояний?

- ☐ Артрит
- ☐ Остеопороз
- ☐ Грыжа диска или выпячивание
- ☐ Стеноз позвоночного канала
- ☐ Сколиоз
- ☐ Фибромиалгия
- ☐ Сахарный диабет
- ☐ Высокое кровяное давление
- ☐ Рак
- ☐ Инсульт или ТИА
- ☐ Кардиостимулятор или имплантированное устройство
- ☐ Ничего из вышеперечисленного

Текущие лекарства и добавки

Образ жизни и повседневная деятельность

Профессия

Ваша работа в основном включает:

- ☐ Сидение за столом
- ☐ Стояние
- ☐ Физический труд
- ☐ Вождение
- ☐ Смешанную деятельность

Как часто вы занимаетесь спортом?

- ☐ Ежедневно
- ☐ 3-5 раз в неделю
- ☐ 1-2 раза в неделю
- ☐ Редко
- ☐ Никогда

Как бы вы оценили качество вашего сна?

- ☐ Отличное
- ☐ Хорошее
- ☐ Удовлетворительное
- ☐ Плохое

Согласие и подпись

Я подтверждаю, что вышеуказанная информация является точной и полной в соответствии с моими лучшими знаниями. Я понимаю, что предоставление неверной информации может быть опасно для моего здоровья. Я согласен уведомить клинику об любых изменениях в моем состоянии здоровья.

Я подтверждаю, что прочитал и понимаю приведенную выше информацию и даю свое информированное согласие.

Я прочитал и понимаю приведенную выше информацию: _____

Подпись

Дата

Печатные буквы

Дата *

ДД / ММ / ГГГГ

Эта форма предоставлена бесплатно компанией Consentify

Consentify преобразует такие формы в цифровое согласие, которое ваши клиенты подписывают на собственном телефоне с помощью QR-кода — с автоматическим созданием PDF, флагами противопоказаний и зашифрованным хранилищем. Бесплатный план доступен на <https://getconsentify.com>.

Только шаблон. Перед использованием проверьте с собственным лицензированным специалистом или юристом; требования варьируются в зависимости от юрисдикции и практики.