

ประวัติสุขภาพผู้ป่วยใหม่

ประวัติสุขภาพที่ครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยโคโรนาไวรัสใหม่ รวมถึงประวัติสุขภาพของกระดูกสันหลังและประวัติการบาดเจ็บ

ข้อมูลลูกค้า

ชื่อ *

นามสกุล *

ที่อยู่อีเมล *

หมายเลขโทรศัพท์ *

วันเดือนปีเกิด *

DD / MM / YYYY

ข้อมูลการแนะนำ

คุณรู้จักเรามาจากไหน

- ☐ การแนะนำจากแพทย์ ☐ เพื่อนหรือครอบครัว ☐ ผู้ให้บริการประกันภัย
☐ การค้นหาออนไลน์ ☐ โซเชียลมีเดีย ☐ อื่น ๆ

แพทย์ประจำตัว

เบอร์โทรศัพท์แพทย์

อาการหลัก

สาเหตุหลักของการมาเยี่ยมวันนี้คืออะไร *

คุณรู้สึกปวดหรือไม่สบายที่ไหน *

- ☐ ศีรษะ / ปวดศีรษะ ☐ คอ ☐ หลังด้านบน
☐ หลังตรงกลาง ☐ หลังด้านล่าง ☐ สะโพก
☐ ไหล่ซ้าย ☐ ไหล่ขวา ☐ /มือซ้าย
☐ /มือขวา ☐ ขา/เท้าซ้าย ☐ ขา/เท้าขวา

ระดับปวดในปัจจุบัน (0 = ไม่ปวด 10 = ปวดมากที่สุด) *

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

คุณจะอธิบายปวดอย่างไร

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|---|
| ☐ แสบ | ☐ ปวดทื่อ | ☐ จ้ำก |
| ☐ เต้นปวด | ☐ ปวดแสบ | ☐ พัดร้อน/ชาตัว |
| ☐ ตึง | ☐ ปวดตลอดเวลา | ☐ ปวดเป็นครั้งคราว |

ปวดนี้เริ่มตั้งแต่เมื่อใด *

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ วันนี้ | ☐ สักไม่กี่วันที่แล้ว | ☐ สักไม่กี่สัปดาห์ที่แล้ว |
| ☐ สักไม่กี่เดือนที่แล้ว | ☐ มากกว่าหนึ่งปีแล้ว | |

อะไรที่ทำให้เกิดหรือกระตุ้นปวด

ประวัติการบาดเจ็บและอุบัติเหตุ

คุณเคยประสบการณืสิ่งใดต่อไปนี้หรือไม่

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ อุบัติเหตุรถยนต์/ยานพาหนะ | ☐ บาดเจ็บจากการทำงาน | ☐ บาดเจ็บจากกีฬา |
| ☐ สิ้นและตกใจ | ☐ บาดเจ็บจากการยกของหนัก | ☐ บาดเจ็บจากการเฉี่ยว |
| ☐ กระดูกหัก | ☐ การผ่าตัดกระดูกสันหลัง | ☐ ไม่มีข้างต้น |

โปรดให้รายละเอียดเกี่ยวกับบาดเจ็บใด ๆ (วันที่ การรักษาที่ได้รับ)

คุณเคยได้รับการรักษาแบบโคโรแพรกติกมาก่อนหรือไม่ *

- ☐ ใช่ ☐ ไม่

ถ้าใช่ โปรดอธิบายการรักษาแบบโคโรแพรกติกในอดีตและผลลัพธ์

สภาพแทนแสดงด้านการแพทย์

คุณมีหรือได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะใด ๆ ต่อไปนี้หรือไม่

- | | |
|---|--|
| ☐ โรคข้ออักเสบ | ☐ โรคกระดูกพรุน |
| ☐ ดิสก์เปิด หรือบวม | ☐ การหดตัวของช่องสันหลัง |
| ☐ การโค้งงอของกระดูกสันหลัง | ☐ โรคเส้นใยกล้ามเนื้อ |
| ☐ โรคเบาหวาน | ☐ ความดันโลหิตสูง |
| ☐ มะเร็ง | ☐ เส้นเลือดสมองแตก หรือ TIA |
| ☐ เครื่องเต้นหัวใจประตัญ หรือ อุปกรณ์ที่ปลูก | ☐ ไม่มีข้างต้น |

ยาและอาหารเสริมในปัจจุบัน

วิถีชีวิตและกิจกรรมประจำวัน

อาชีพ

งานของคุณเกี่ยวข้องกับ:

- ☐ นั่งโต๊ะ ☐ ยืน ☐ การทำงานเชิงกายภาพ
☐ ขับรถ ☐ กิจกรรมผสมผสาน

คุณออกกำลังกายบ่อยแค่ไหน

- ☐ ทุกวัน ☐ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ☐ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
☐ ไม่ค่อย ☐ ไม่เคย

คุณจะให้คะแนนคุณภาพการนอนของคุณอย่างไร

- ☐ ยอดเยี่ยม ☐ ดี ☐ พอใจ
☐ แย่

ความยินยอมและลายเซ็น

ฉันรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องและครบถ้วนตามความรู้ที่ดีที่สุดของฉัน ฉันเข้าใจว่าการให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของฉัน
ฉันยินยอมให้แจ้งสำนักงานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในสภาพสุขภาพของฉัน

ฉันยืนยันว่าฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น และให้ความยินยอมด้วยความเข้าใจ

ฉันได้อ่านและเข้าใจข้อมูลข้างต้น: _____

ลายเซ็น

วันที่

พิมพ์ชื่อ

วันที่ *

DD / MM / YYYY

แบบฟอร์มนี้จัดเตรียมโดย Consentify ฟรี

Consentify เปลี่ยนแบบฟอร์มเช่นนี้เป็นยินยอมดิจิทัลที่ลูกค้าของคุณลงนามบนโทรศัพท์ของตนเองโดยใช้รหัส QR โดยมี PDF อัตโนมัติ รงเดือนข้อห้าม
และการจัดเก็บที่เข้ารหัส แผนฟรีใช้ได้ <https://getconsentify.com>

สำหรับการใช้งานโดยละเอียดเท่านั้น โปรดตรวจสอบกับผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายหรือวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตของคุณเองก่อนใช้งาน
ข้อกำหนดแตกต่างกันไปตามเขตอำนาจศาล และแนวทางปฏิบัติ