

# Нова історія здоров'я пацієнта

Комплексна історія здоров'я для нових пацієнтів хіропрактики, включаючи історію здоров'я хребта та історію травм

## Інформація про клієнта

Ім'я \*

Прізвище \*

Електронна адреса \*

Номер телефону \*

Дата народження \*

ДД / ММ / РРРР

## Інформація про направлення

Як ви дізналися про нас?

- |                                                 |                                           |                                              |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Направлення від лікаря | <input type="checkbox"/> Друг або сім'я   | <input type="checkbox"/> Страховий провайдер |
| <input type="checkbox"/> Пошук онлайн           | <input type="checkbox"/> Соціальні мережі | <input type="checkbox"/> Інше                |

Лікар первинної медико-санітарної допомоги

Телефон лікаря

## Основна скарга

Яка основна причина вашої візиту сьогодні? \*

Де ви відчуваєте біль або дискомфорт? \*

- |                                                |                                              |                                               |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Голова / Головні болі | <input type="checkbox"/> Шия                 | <input type="checkbox"/> Верхня частина спини |
| <input type="checkbox"/> Середня частина спини | <input type="checkbox"/> Нижня частина спини | <input type="checkbox"/> Стегно               |
| <input type="checkbox"/> Ліве плече            | <input type="checkbox"/> Праве плече         | <input type="checkbox"/> Ліва рука/кисть      |
| <input type="checkbox"/> Права рука/кисть      | <input type="checkbox"/> Ліва ніга/стопа     | <input type="checkbox"/> Права ніга/стопа     |

Поточний рівень болю (0 = немає болю, 10 = найгірший можливий біль) \*

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

Як би ви описали біль?

- |                                     |                                         |                                               |
|-------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Гострий    | <input type="checkbox"/> Тупий/Ломлячий | <input type="checkbox"/> Палючий              |
| <input type="checkbox"/> Пульсуючий | <input type="checkbox"/> Стріляючий     | <input type="checkbox"/> Мерзлявість/Оніміння |
| <input type="checkbox"/> Жорсткість | <input type="checkbox"/> Постійний      | <input type="checkbox"/> Переривчастий        |

Коли почався цей біль? \*

- ☐ Сьогодні   ☐ Кілька днів тому   ☐ Кілька тижнів тому  
☐ Кілька місяців тому   ☐ Більше року тому

Що спричинило або викликало біль?

## Історія травм та аварій

Чи мали ви будь-які з наступних станів?

- |                                                                 |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Автомобільна або транспортна аварія    | <input type="checkbox"/> Виробничі травми         |
| <input type="checkbox"/> Спортивні травми                       | <input type="checkbox"/> Ковзання та падіння      |
| <input type="checkbox"/> Травма при підніманні важких предметів | <input type="checkbox"/> Ушкодження шиї від удару |
| <input type="checkbox"/> Переломи костей                        | <input type="checkbox"/> Операція на хребті       |
| <input type="checkbox"/> Жодна з перерахованих                  |                                                   |

Надайте деталі про будь-які травми (дати, отримане лікування)

Чи отримували ви хіропрактичне лікування раніше? \*

- ☐ Так   ☐ Ні

Якщо так, опишіть попереднє хіропрактичне лікування та результати

## Медичні стани

Чи у вас є або вам було діагностовано будь-яку з наступних умов?

- |                                                                      |                                                       |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Артрит                                      | <input type="checkbox"/> Остеопороз                   |
| <input type="checkbox"/> Грижа диска або випинання                   | <input type="checkbox"/> Стеноз хребетного каналу     |
| <input type="checkbox"/> Сколіоз                                     | <input type="checkbox"/> Фібриміалгія                 |
| <input type="checkbox"/> Цукровий діабет                             | <input type="checkbox"/> Підвищений артеріальний тиск |
| <input type="checkbox"/> Рак                                         | <input type="checkbox"/> Інсульт або TIA              |
| <input type="checkbox"/> Кардіостимулятор або імплантований пристрій | <input type="checkbox"/> Жодна з перерахованих        |

Поточні ліки та добавки

## Спосіб життя та щоденна діяльність

Професія

Ваша робота в основному включає:

- |                                            |                                             |                                         |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Сидіння за столом | <input type="checkbox"/> Стояння            | <input type="checkbox"/> Фізичну роботу |
| <input type="checkbox"/> Водіння           | <input type="checkbox"/> Змішану діяльність |                                         |

Як часто ви займаєтеся спортом?

- |                                |                                               |                                              |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Щодня | <input type="checkbox"/> 3-5 разів на тиждень | <input type="checkbox"/> 1-2 рази на тиждень |
| <input type="checkbox"/> Рідко | <input type="checkbox"/> Ніколи               |                                              |

Як би ви оцінили якість свого сну?

- |                                 |                                 |                                     |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Чудова | <input type="checkbox"/> Хороша | <input type="checkbox"/> Задовільна |
| <input type="checkbox"/> Погана |                                 |                                     |

## Згода та підпис

Я засвідчую, що вищенаведена інформація є точною та повною на основі моїх найкращих знань. Я розумію, що надання неправильної інформації може бути небезпечним для мого здоров'я. Я згоден повідомити офіс про будь-які зміни в моєму стані здоров'я.

Я підтверджую, що прочитав і зрозумів наведену вище інформацію і даю свою інформовану згоду.

Я прочитав і розумію наведену вище інформацію: \_\_\_\_\_

---

Підпис

---

Дата

---

Друковане ім'я

Дата \*

---

ДД / ММ / РРРР

**Цю форму надала безплатно компанія Consentify**

Consentify перетворює форми на кшталт цієї на цифрову згоду, яку ваші клієнти підписують на своєму телефоні через QR-код — з автоматичними PDF-файлами, прапорцями протипоказань та зашифрованим сховищем.  
Безплатний план доступний на <https://getconsentify.com>.

Лише шаблон. Перед використанням перевірте з вашим лікарем, юристом або професійним консультантом; вимоги різняться залежно від юрисдикції та сфери діяльності.