

Lịch sử Sức khỏe Bệnh nhân Mới

Lịch sử sức khỏe toàn diện cho bệnh nhân mới của chính hình cột sống bao gồm lịch sử sức khỏe cột sống và lịch sử chấn thương

Thông tin Khách hàng

Tên *

Họ *

Địa chỉ Email *

Số điện thoại *

Ngày sinh *

MM / DD / YYYY

Thông tin Chuyển tiếp

Bạn biết về chúng tôi từ đâu?

☐ Giới thiệu từ bác sĩ

☐ Bạn bè hoặc gia đình

☐ Nhà cung cấp bảo hiểm

☐ Tìm kiếm trực tuyến

☐ Mạng xã hội

☐ Khác

Bác sĩ Chăm sóc Ban đầu

Điện thoại Bác sĩ

Chứng Trạng Chính

Lý do chính để bạn ghé thăm hôm nay là gì? *

Bạn cảm thấy đau hay khó chịu ở đâu? *

☐ Đầu / Đau đầu

☐ Cổ

☐ Lưng trên

☐ Lưng giữa

☐ Lưng dưới

☐ Hông

☐ Vai trái

☐ Vai phải

☐ Cánh tay/tay trái

☐ Cánh tay/tay phải

☐ Chân/bàn chân trái

☐ Chân/bàn chân phải

Mức độ đau hiện tại (0 = không đau, 10 = đau tệ nhất có thể) *

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

Bạn sẽ mô tả cơn đau như thế nào?

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|---|
| ☐ Cắt nhanh | ☐ Cùn/Âm ỉ | ☐ Nóng rát |
| ☐ Nhấp nhô | ☐ Bắn | ☐ Châm chích/Tê cóng |
| ☐ Cứng | ☐ Liên tục | ☐ Gián đoạn |

Cơn đau này bắt đầu khi nào? *

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Hôm nay | ☐ Vài ngày trước | ☐ Vài tuần trước |
| ☐ Vài tháng trước | ☐ Hơn một năm trước | |

Điều gì gây ra hoặc kích hoạt cơn đau?

Lịch sử Chấn thương và Tai nạn

Bạn đã trải qua bất kỳ điều nào sau đây không?

- | | |
|--|--|
| ☐ Tai nạn ô tô/xe cơ giới | ☐ Chấn thương liên quan đến công việc |
| ☐ Chấn thương thể thao | ☐ Trượt và ngã |
| ☐ Chấn thương khi nâng vật nặng | ☐ Chấn thương do va chạm từ phía sau |
| ☐ Gãy xương | ☐ Phẫu thuật cột sống |
| ☐ Không có gì ở trên | |

Vui lòng cung cấp chi tiết về bất kỳ chấn thương nào (ngày, điều trị nhận được)

Bạn đã nhận được điều trị chỉnh hình cột sống trước đây không? *

- ☐ Có ☐ Không

Nếu có, hãy mô tả điều trị chỉnh hình cột sống trước đây và kết quả

Tình trạng Y tế

Bạn hiện có hoặc đã được chẩn đoán mắc bất kỳ tình trạng nào sau đây không?

- | | |
|--|---|
| ☐ Viêm khớp | ☐ Loãng xương |
| ☐ Thoát vị đĩa hoặc phồng ra | ☐ Hẹp ống sống |
| ☐ Cong cột sống | ☐ Viêm cơ xơ |
| ☐ Bệnh tiểu đường | ☐ Huyết áp cao |
| ☐ Ung thư | ☐ Đột quỵ hoặc TIA |
| ☐ Máy tạo nhịp tim hoặc thiết bị cấy ghép | ☐ Không có gì ở trên |

Thuốc và chất bổ sung hiện tại

Lối sống và Hoạt động Hàng ngày

Nghề nghiệp

Công việc của bạn chủ yếu liên quan đến:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Ngồi tại bàn làm việc | ☐ Đứng | ☐ Lao động thể chất |
| ☐ Lái xe | ☐ Hỗn hợp các hoạt động | |

Bạn tập thể dục bao lâu?

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| ☐ Hàng ngày | ☐ 3-5 lần mỗi tuần | ☐ 1-2 lần mỗi tuần |
| ☐ Hiếm khi | ☐ Không bao giờ | |

Bạn sẽ đánh giá chất lượng giấc ngủ của mình như thế nào?

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Xuất sắc | ☐ Tốt | ☐ Bình thường |
| ☐ Kém | | |

Sự Đồng ý và Chữ ký

Tôi xác nhận rằng thông tin trên là chính xác và đầy đủ theo kiến thức tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng cung cấp thông tin không chính xác có thể nguy hiểm đối với sức khỏe của tôi. Tôi đồng ý thông báo cho văn phòng bất kỳ thay đổi nào về tình trạng sức khỏe của tôi.

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu thông tin trên và tôi đồng ý có hiểu biết.

Tôi đã đọc và hiểu thông tin trên: _____

Chữ ký

Ngày

Họ và tên

Ngày *

MM / DD / YYYY

Biểu mẫu này được cung cấp miễn phí bởi Consentify

Consentify chuyển đổi các biểu mẫu như thế này thành sự đồng ý kỹ thuật số mà khách hàng của bạn ký trên điện thoại của riêng họ bằng mã QR — với các tệp PDF tự động, cờ chống chỉ định và lưu trữ được mã hóa. Gói miễn phí có sẵn tại <https://getconsentify.com>.

Chỉ là mẫu. Hãy xem xét với chuyên gia có giấy phép hoặc tư vấn pháp lý của riêng bạn trước khi sử dụng; yêu cầu khác nhau tùy theo khu vực pháp lý và phương pháp tập luyện.