

新患者健康史

为脊骨神经医学新患者提供的全面健康史记录，包括脊椎健康和伤害历史

客户信息

名字 *

姓氏 *

电子邮件地址 *

电话号码 *

出生日期 *

MM / DD / YYYY

转诊信息

您是如何了解我们的？

- ☐ 医生推荐 ☐ 朋友或家人 ☐ 保险提供商
☐ 在线搜索 ☐ 社交媒体 ☐ 其他

初级保健医生

医生电话

主诉

您今天就诊的主要原因是什么？ *

您在哪里感到疼痛或不适？ *

- ☐ 头部/头痛 ☐ 颈部 ☐ 上背部
☐ 中背部 ☐ 下背部 ☐ 髋部
☐ 左肩 ☐ 右肩 ☐ 左臂/手
☐ 右臂/手 ☐ 左腿/脚 ☐ 右腿/脚

当前疼痛程度（0=无疼痛，10=最严重的疼痛） *

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

您如何描述这种疼痛？

- | | | |
|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 尖锐 | ☐ 钝痛/酸痛 | ☐ 灼烧感 |
| ☐ 跳动感 | ☐ 放射状 | ☐ 刺痛/麻木 |
| ☐ 僵硬 | ☐ 持续性 | ☐ 间歇性 |

这种疼痛何时开始的？ *

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| ☐ 今天 | ☐ 几天前 | ☐ 几周前 |
| ☐ 几个月前 | ☐ 一年多前 | |

什么导致或触发了疼痛？

伤害与事故历史

您是否经历过以下任何情况？

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| ☐ 汽车/机动车事故 | ☐ 工作相关伤害 | ☐ 运动伤害 |
| ☐ 滑倒和跌落 | ☐ 重物提举伤 | ☐ 挥鞭伤 |
| ☐ 骨折 | ☐ 脊椎手术 | ☐ 以上均无 |

请提供任何伤害的详细信息（日期、接受的治疗）

您之前接受过脊骨神经医学治疗吗？ *

- ☐ 是 ☐ 否

如果是，请描述以前的脊骨神经医学治疗和效果

医学状况

您目前是否患有或被诊断为以下任何疾病？

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ 关节炎 | ☐ 骨质疏松症 | ☐ 椎间盘突出或膨出 |
| ☐ 椎管狭窄 | ☐ 脊柱侧弯 | ☐ 纤维肌痛症 |
| ☐ 糖尿病 | ☐ 高血压 | ☐ 癌症 |
| ☐ 中风或短暂性脑缺血发作 | ☐ 心脏起搏器或植入装置 | ☐ 以上均无 |

当前药物和补充剂

生活方式与日常活动

职业

您的工作主要涉及：

- ☐ 在办公桌前坐着 ☐ 站立 ☐ 体力劳动
☐ 驾驶 ☐ 混合活动

您多久锻炼一次？

- ☐ 每天 ☐ 每周3-5次 ☐ 每周1-2次
☐ 很少 ☐ 从不

您如何评价睡眠质量？

- ☐ 优秀 ☐ 良好 ☐ 一般
☐ 差

知情同意与签名

我证实上述信息根据我最好的了解是准确和完整的。我明白提供不正确的信息可能对我的健康造成危险。我同意将我健康状况的任何变化通知诊所。

我确认我已阅读并理解上述信息，并给予知情同意。

我已阅读并理解上述信息：

签名

日期

打印姓名

日期 *

MM / DD / YYYY

本表格由 Consentify 免费提供

Consentify 将这样的表格转化为数字同意书，您的客户可以通过二维码在自己的手机上签署——包括自动生成 PDF、禁忌症标记和加密存储功能。免费方案现已开放，详情请访问 <https://getconsentify.com>。

仅供参考。在使用前，请与您的持证专业人士或法律顾问进行审查；要求因司法管辖区和执业类型而异。