

## 患者資料表格 (請用正楷填寫)

姓名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_

省份 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_ 電郵地址 \_\_\_\_\_

住宅電話 \_\_\_\_\_ 工作電話 \_\_\_\_\_ 手機電話 \_\_\_\_\_

出生日期 (日/月/年) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 年齡 \_\_\_\_\_ 性別: 男 / 女 婚姻狀況 \_\_\_\_\_

體重 \_\_\_\_\_ 身高 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_ 是否懷孕? \_\_\_\_\_

配偶或家長姓名 \_\_\_\_\_ 子女數目 \_\_\_\_\_

本診所為了感謝轉介您的朋友，請填寫他的姓名 \_\_\_\_\_

是否曾經接受過脊骨神經科治療? 是 / 否 何時? \_\_\_\_\_

請列出身體不適的項目 (由最疼痛開始):

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

有否諮詢其他醫生? 是 / 否

1. 家庭醫生姓名 \_\_\_\_\_ 地址/電話 \_\_\_\_\_ 何時? \_\_\_\_\_

2. 其他醫生姓名 \_\_\_\_\_ 地址/電話 \_\_\_\_\_ 何時? \_\_\_\_\_

患處是否源於工傷? 是 / 否

患處是否源於交通意外? 是 / 否

現在有否服用任何藥物? 是 / 否 請列出藥物名稱 \_\_\_\_\_

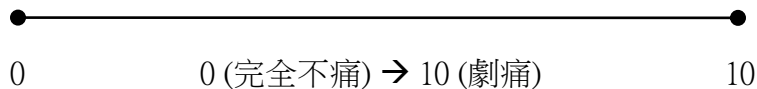
請列出過去所有外科手術、跌傷或意外的病歷: \_\_\_\_\_

請選出以下您現有或曾經有的病患:

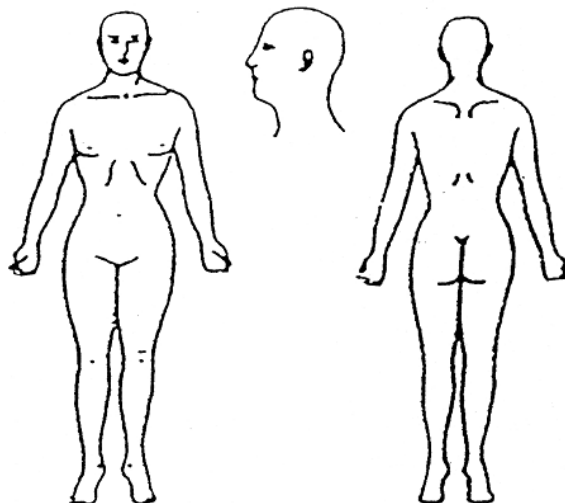
- |                                |                                |                                   |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 敏感    | <input type="checkbox"/> 痛風症   | <input type="checkbox"/> 頸痛/僵硬    |
| <input type="checkbox"/> 關節炎   | <input type="checkbox"/> 頭痛    | <input type="checkbox"/> 手腳麻痺     |
| <input type="checkbox"/> 背痛/僵硬 | <input type="checkbox"/> 心臟疾病  | <input type="checkbox"/> 耳鳴       |
| <input type="checkbox"/> 癌症    | <input type="checkbox"/> 心臟病發作 | <input type="checkbox"/> 鼻竇炎      |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病   | <input type="checkbox"/> 高血壓   | <input type="checkbox"/> 脊椎側彎     |
| <input type="checkbox"/> 暈眩    | <input type="checkbox"/> 低血糖   | <input type="checkbox"/> 中風       |
| <input type="checkbox"/> 慢性疲勞  | <input type="checkbox"/> 偏頭痛   | <input type="checkbox"/> 其他 _____ |

[請轉下頁]

請在以下橫線上畫下一垂直線用以釐定您的疼痛情度:



請圈出身體不適的位置



病人請注意：

本診所還提供其他服務和產品，包括但不限於針灸、按摩療法、營養諮詢、營養補充劑、矯形鞋墊、燒脂/排毒療程和個人健身訓練。有關上述服務和產品，是根據個人需要而建議。

*您無須使用或購買上述服務和產品。此外，無論您是否選擇使用我們的服務或產品，您還是得到我們最好的關護。*

我， \_\_\_\_\_ 已細閱並理解上述聲明。

簽署 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

## CONSENT TO CHIROPRACTIC TREATMENT

### 脊骨神經科治療知情同意書

在作出治療的決定以前，閣下需了解脊骨神經科醫生為您提供的治療方案、益處及風險。

脊骨神經科治療包括矯正脊椎和身體的其他關節、軟組織手法或按摩，及其他形式的治療；包括並不限於電、光療法和運動。

#### **益處**

脊椎神經治療已被確認可以有效地治療頸部、背部和身體其他部位所造成對神經、肌肉、關節及相關組織所引致的各種問題。

治療可以緩解疼痛：包括頭痛、改變觸感、肌肉僵硬和痙攣。它也可以增加活動性、改善機能，並減少或消除對藥物或手術治療的需要。

#### **風險**

與脊椎治療相關的風險，將因應不同患者的情況、處理的位置和治療類別而有不同程度的變化。

風險包括：

- ～ **症狀的暫時惡化** — 一般情況下，可能會短暫性地增加早已存在的疼痛或僵硬症狀，但只會持續數小時至數天。
- ～ **過敏或灼傷** — 當使用相關的電或光療法時，可能會引致皮膚敏感或灼傷。皮膚過敏可迅速復原，燒傷可能會留下疤痕。
- ～ **扭傷或拉傷** — 在一般情況下，肌肉或韌帶扭傷或拉傷，如能得到適當的休息、保護和護理，情況可於數天至數週內自行康復。
- ～ **肋骨骨折** — 肋骨骨折所引致的疼痛將影響您的活動範圍，但一般情況下於數週內將能自然癒合並毋須進行其他治療或手術。
- ～ **椎間盤受損或惡化** — 隨時日過去，椎間盤會退化或勞損。除衰老退化外，普通的日常活動，如彎身或提起物件等亦可引致椎間盤勞損。如椎間盤已有退化或損壞，患者亦可能沒有感到任何症狀，他們也可能不知道椎間盤有問題，因此，患者自身也未能知曉自己的病情正在惡化，因為他們只偶爾感到背部或頸部的不適。

脊椎治療應不會損壞尚未退化或勞損的椎間盤；但是，如果有一個早已存在的椎間盤症狀下，脊椎治療，就如許多普通的日常活動一般，也可能會加重椎間盤的情況。

在早已存在的椎間盤損傷的情況下，治療的結果或成效將因人而異。在最嚴重的情況下，患者的症狀可能包括影響背部、頸部活動、放射痛、腿部及手部麻痺、膀胱功能受損、腿或手臂功能受損，那麼可能有動手術的必要。

~ **中風** — 血液需經由兩套動脈通過頸部而流向大腦。這些動脈可能因為老化衰退或患病而導致弱化及損壞，血塊可能會在損壞的動脈內形成。所有或部份的凝塊可能脫落而從動脈進入腦內而中斷血液流動，而導致中風。

一般普通涉及頸部日常活動，也會導致頸動脈損毀或早已存在的血塊被激散而流至腦部導致中風的情況。

脊椎治療有可能成為中風成因之一。然而，此情況發生的可能性極低，並且是可以解釋為當患者在諮詢脊骨神經科醫生之際已經損壞，而正纏釀中風。目前的醫療和科學證據並不能證實整脊治療可導致動脈損壞或中風。

中風的後果可以很嚴重，包括視覺、語言、平衡和腦功能障礙、以及癱瘓或死亡。

### 其他治療方法

除整脊治療外，患者可諮詢其他醫療專業人仕。您的脊骨神經科醫生可以處方非治療性休養或合適的運動。

### 問題或疑慮

我們非常鼓勵您隨時向您的脊骨神經科醫生詢問關於您的檢查和治療。將您的疑問及關注告知醫生。如任何時間感到不適，您可要求停止治療。

請有責任地參與您的療程。若您的病情有任何變化，請立即通知您的脊骨神經科醫生。

### 在未與脊骨神經科醫生會面前，請勿簽署

我確認，我已跟我的脊骨神經科醫生討論我的現況及治療計劃。我明白要提供給我的治療性質。我已考慮各種的益處和治療的風險，以及其他治療方法。在此，我同意醫生提供予我的整脊治療。

患者名字(正楷): \_\_\_\_\_

患者(或法定監護人)簽署: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

脊骨神經科醫生簽署: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

(中文翻譯以英文原文為準)