

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 _____

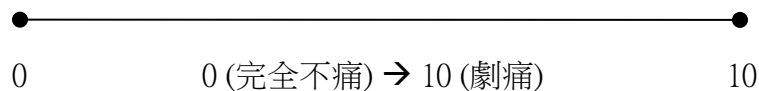
請列出過去所有外科手術、跌傷或意外的病歷: _____

請選出以下您現有或曾經有的病患:

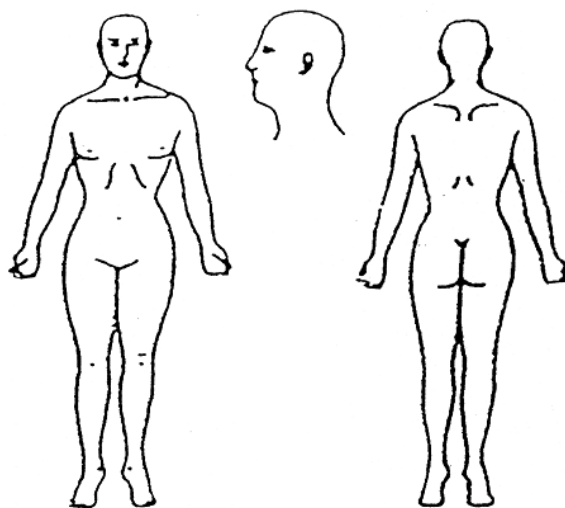
- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 敏感 | <input type="checkbox"/> 痛風症 | <input type="checkbox"/> 頸痛/僵硬 |
| <input type="checkbox"/> 關節炎 | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 手腳麻痺 |
| <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：

1. 取消預約聲明

有時候因為工作或家庭的緊急情況，我們明白您不得不錯過預約時間。

但是，當您不致電聯絡我們取消預約時，您可能會阻礙另一名患者得到急需的治療。

相反，由於另一名患者沒有取消預約，我們亦無法在看似“完全約滿”的時間表中為您預約時間。

如果閣下未能提前 24 小時重新預約或取消預約，您將被收取 40 加元 (\$40.00 CAD) 的費用; 您的保險公司將不會支付這費用。

2. 退款聲明

任何已提供的服務（如諮詢、檢查、治療、運費等）都不能退款。

營養補充劑、健康和個人護理用品（如枕頭）都不能退款。

3. 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 _____