

## 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 \_\_\_\_\_ 手提電話 \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

家庭醫生的聯絡資料:

姓名 \_\_\_\_\_ 地址/電話 \_\_\_\_\_

### 你的健康概況

作為一間全方位以解決方案為本的脊醫診所，我們的目標是：首先，找出影響你的問題並針對性治療。然後，為你提供機會去改善你的健康及提升身體潛能。我們每日面對著身體上、化學上及精神上的壓力，壓力累積以致嚴重影響健康。很多時影響是慢慢累積的。初時未必察覺，到察覺時已經變得嚴重。

回答以下問題可以讓我們對你從小到現在所面對的壓力有更多的了解，從而可以更有效評估影響你健康的各樣風險。

#### 童年和青少年時期的壓力

研究指出很多身體上的毛病都是源自童年或青少年時期，甚至有些由出生已開始。

請盡量回憶並回答以下問題。

是 / 否 你是否曾經患有任何童年疾病? 是 / 否 你童年時是否有經歷嚴重跌傷?

是 / 否 你青少年時是否有參與運動項目? 是 / 否 你是否曾用軟性藥物?

是 / 否 你是否有長期使用抗生素或吸入器? 是 / 否 你是否有打防疫疫苗?

是 / 否 你是否有曾經有脫牙或牙齒矯型? 是 / 否 你是否有遇過任何車禍?

是 / 否 你是否有經歷過身體上或精神上的創傷? 是 / 否 你是否有定期接受脊醫的治療?

#### 化學及環境接觸

請圈出你對以下物質有多少程度的接觸 / 用量：

	沒有					中度					高					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
酒精	1	2	3	4	5						加工食品	1	2	3	4	5
水	1	2	3	4	5						代糖	1	2	3	4	5

	沒有	中度	高		沒有	中度	高
糖	1	2	3	4	5	含糖飲料	1 2 3 4 5
奶製品	1	2	3	4	5	香煙	1 2 3 4 5
麩質	1	2	3	4	5	軟性藥物	1 2 3 4 5

請列出任何你有服用的**藥物或維他命**：

藥物：

止痛藥   血壓藥   膽固醇   心臟病   焦慮症   薄血藥

維他命：

### 想法：精神上的壓力與考驗

請圈出以下範疇所承受的**壓力**：

	沒有	中度	高		沒有	中度	高
家庭	1	2	3	4	5	經濟	1 2 3 4 5
工作	1	2	3	4	5	健康	1 2 3 4 5
生活	1	2	3	4	5	人際關係	1 2 3 4 5

### 你現時的健康目標

請列出你現時的健康目標，例如：運動、飲食、壓力管理等等…

A   C   W

1.

2.

3.

### 家族病歷

我們診所對你的關心伸延至整個家庭。我們關心你家人的健康狀況對你有什麼影響，以及你所關注的問題。請列出你認知你家人的健康狀況。

	姓名	跟你的關係	以往及現時的健康問題
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

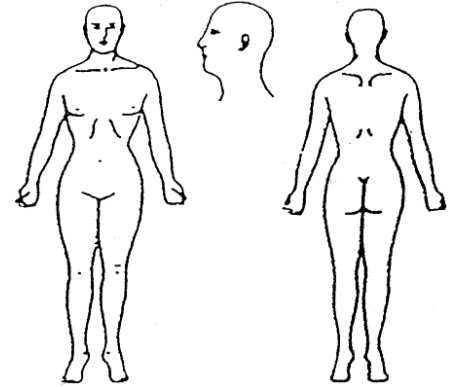
### 你現時 (所關心) 的狀況

你沒有身體上的問題或症狀，只是想來做健康檢查       是       否  
然後往下一頁。

請在以下橫線上畫下一垂直線用以釐定您的疼痛程度:

請圈出身體不適的位置

0 ————— 10 (完全不痛) → 10 (劇痛)



病人請注意：

1. 患者隱私

閣下所提供的資料將僅用於醫療和聯絡目的。我們的診所將根據法律要求對您的資料保密。

2. 取消預約規則

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。

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

**如果閣下未能提前一個工作天重新預約或取消預約，您將被收取 50 加元 (\$50.00 CAD) 的費用; 您的保險公司將不會支付這費用。**

3. 退款規則

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。

4. 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。

有關上述服務和產品，是根據個人需要而建議。

**您不一定要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。**

對檢查的知情同意

我同意進行脊骨神經、骨科、神經科的檢查，以及(如有需要) 放射性診斷去斷定脊醫是否幫到我。我明白在有些情況下，此等檢查可能會加劇我已有的狀況。

此外，在以下四種情況下：1) 每一個療程的尾聲；2) 有新的問題或徵狀時；3) 已多於 24 星期沒有接受治療；4) 醫生的判斷下，均須要進行進度評估檢查。

我，\_\_\_\_\_ 已細閱並理解上述聲明。

(姓名)

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)