

姓名: _____ 職業或以前的職業: _____

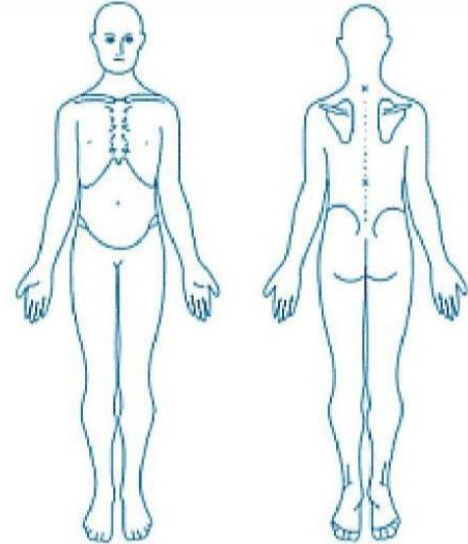
身高: _____ 尺 _____ 吋 體重: _____ 磅 年齡: _____

傷害部位

使用右側的繪圖

- 用陰影劃出所有出現症狀 (疼痛、僵硬、酸痛等) 的部位。
- 用小 x 標記最痛的地方。
- 圈出任何麻木或刺痛區域

1. 你的傷害是甚麼時候發生的? ____ / ____ / ____
2. 如果是手術後, 你的手術是甚麼時候? ____ / ____ / ____
3. 疼痛程度: (0 到 10)
 - * 現在疼痛等級 ____ / 10
 - * 最高疼痛等級 ____ / 10
 - * 最低疼痛等級 ____ / 10



醫療問題 - (圈出 是/否):

1. 是/否 你有安裝心臟起搏器 (心律調節器) 嗎?
2. 是/否 你最近是否有顯著的體重減輕嗎?
3. 是/否 你有過癌症嗎?
4. 是/否 你有多次可體松或強體松等類固醇注射嗎?
5. 是/否 你服用任何抗發炎藥嗎?
6. 是/否 你是否正在服用任何肌肉鬆弛劑來解決這個問題?
7. 是/否 你為這個問題服用任何止痛藥嗎?
8. 是/否 你目前正在服用任何其他藥物嗎??
 - a. 請在右表中列出
9. 是/否 你的排尿有困難嗎?
 - a. 如果有, 請解釋 (請用英文)

藥名	劑量	用量(每週/日)

10. 對於現在特定的問題, 你是否有下列任何一種 (圈出 是/否) :
 - 是/否 CT Scan 斷層掃描
 - 是/否 MRI 磁共振造影
 - 是/否 X 光照射

您認為下列情況, 可能會以任何方式影響你的治療嗎? (請圈出): 心臟狀況, 肺部狀況, 骨質疏鬆症, 關節置換, 平衡不足, 視力障礙, 既往手術, 皮膚敏感, 過敏, 頭暈, 昏厥。請解釋: (請用英文)

我確認, 就我所知, 我所寫的上述資料是真實準確的。任何狀況的變化我將告知我的治療師。

就醫者簽名 _____ 日期: _____

Office Use:	F x D: _____ x _____ Pre-auth: Y / N	Max visits: _____ Keet: Y / N
-------------	---	----------------------------------



患者資料

姓 _____ 名 _____ 中間名字 _____

性別 男/女 出生 ____月/____日/____年 社安號碼 _____ - _____ - _____ 婚姻狀況 _____

電話 (手機) _____ 電話 (家中) _____

電子郵箱地址 _____

住址 _____ 城市: _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

雇主 _____ 地址 _____

職業 _____ 工作電話 _____ 分機 _____

誰是你的家庭主治醫師? _____

緊急聯絡

姓 _____ 名 _____ 關係 _____

電話 (手機) _____ 電話(家中) _____

預約提醒

選擇下列的一個選項並簽上姓名的第一個字母

電子郵件提醒 _____

手機信息提醒 (選擇手機電話廠商) _____

ALLTel
 AT&T

Boost
 Cingular

Cricket
 Metrocall

MetroPCS
 Nextel

Qwest
 Sprint

T-Mobile
 US
Cellular

Verizon
 Virgin
Mobile

不需提醒 _____

電子郵件/手機號碼 (如果與上述不同): _____

*請簽上姓名的第一個字母，表示同意 Southland Physical Therapy, Inc. 診所，通過我所選擇的自動預約提醒方式，提醒我。我知道短信付費可能適用。

推介來源

誰是我們應感謝推薦您來的人? _____

- 患者介紹
- 社區活動
- 朋友
- 保險公司
- 上網
- 印刷廣告
- 醫師介紹
- 曾經來過
- 自己
- 診所職員
- 自己進來
- Yelp



對患者的承諾和錯過預約的政策

(預約取消/預約沒有來/預約遲到的政策)

我們對您的承諾

在 Southland Physical Therapy, Inc. 診所治療中，我們的使命是展示誠信和同情，同時提供最高質量的物理治療護理，以便每個人，他們的家庭和社區都能夠幸福和健康地生活。

您對物理治療的承諾

每位患者都有不同的情況和需求來治療。每位患者的治療都由您的治療師根據具體計劃個別進行，以達到這些目標和需求。為了實現這些目標，您必須按預約時間前來。

24 小時的重新預約政策

重新預約需要提前 24 小時的通知。如果您需要重新安排預約，請致電我們的辦公室，安排在原來預約的同一週進行。

請簽上姓名的第一個字母

_____ 我們要求提前 24 小時通知任何預約的取消。如果您在此時間之後致電取消預約，則需支付 40 美元的費用。

_____ 預約時間沒有出現將收取 40 美元的費用。

_____ 如果您遲到 15 分鐘或更長的時間，Southland Physical Therapy, Inc. 有保留取消預約的權利。

我已閱讀並理解患者的財務責任和預約政策，我同意遵守其條款。以任何方式改變這種形式都不會改變 Southland Physical Therapy, Inc. 所概述的政策。

患者姓名 (或負責者)

簽名

日期

患者同意

我同意根據醫生 和/或 物理治療師的一般和特殊指示進行任何醫療。

我知道治療程序可以包括但不限於：關節和軟組織動員，家庭鍛鍊計劃，治療練習，神經肌肉教育，步態訓練，功能訓練，包括：姿勢和身體力學，模式，如熱，冰，電刺激，超聲波，激光和特殊程序，如：膠帶，神經肌肉電刺激，機械牽引和膀胱訓練，評估和治療由於相關的神經，肌肉和骨骼功能障礙和/或疼痛引起的功能喪失。

我知道我可以隨時拒絕任何治療程序或治療。

患者姓名 (或負責者)

簽名

日期

患者的財務責任

我特此給予 Southland Physical Therapy 指派所有物理治療福利，以便為我或未成年患者提供服務。我授權任何關於我或未成年人醫療信息的持有者向我的保險公司發出確定相關服務與應付的這些福利所需的任何信息。我理解，如果我的保險福利和/或資格不包括或支付 Southland Physical Therapy, Inc 所提供服務的付款，我將承擔財務責任並同意支付與服務相關的所有費用。這包括，也不限於；被我的保險視為“不包含”或“非醫療必需”的服務項目。

我理解我的簽名，即向 Southland Physical Therapy, Inc. 付款，並授權發給支付索款所需的醫療信息。

患者姓名 (或負責者)

簽名

日期

維護隱私的通知

本通知描述如何使用和披露有關您的醫療資料以及如何取得此資料。請詳細閱讀本政策。有關更多信息，請索取有關影印本。

了解您的健康記錄和信息:

當你從 SOUTHLAND PHYSICAL THERAPY, INC 接受物理治療服務時，會記錄您的治療情況。該記錄包含您的症狀，診斷，檢查，評估和您的治療計劃。它還包含每次治療記錄和進度記錄。

我們對醫療資料的承諾:

我們了解您個人健康隱私和私人醫療信息的重要。我們致力於保護您的個人資料。醫療記錄僅在有限的情況下披露：治療，付款，護理質量審查，聯邦，州或當地法律，以及訴訟/糾紛。如果出於任何原因，您希望獲得整份記錄的副本，請以書面形式提出要求。為了保護您，如果在辦公室領取記錄，請攜帶適當的身份證件。

我已閱讀並理解上述所有信息資料。

患者姓名 (或負責者)

簽名

日期

*如果您想了解有關我們任何政策或程序的更多詳細資料，請向前台索取影本。