

個人資料及病歷 (保密) -- 請清楚填寫

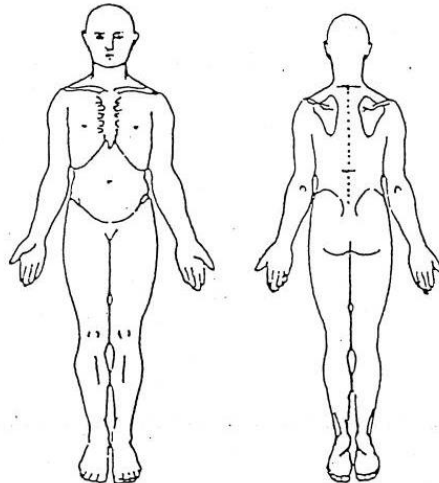
姓氏 (按醫療咭所示):	名字 (按醫療咭所示):	轉介原因:	MI:
地址:	城市及省份:	郵政編號:	
電郵地址:	醫療咭號碼:	性別: (請圈出答案)	
		男 / 女	
生日日期 (日/月/年):	主要電話號碼:	其他電話號碼:	

家庭醫生姓名及電話:	轉介醫生姓名及電話:	
保險類型:		
<input type="checkbox"/> WCB <input type="checkbox"/> ICBC <input type="checkbox"/> 個人保險 <input type="checkbox"/> MSP		
如屬WCB 或 ICBC:		
索償檔案編號:	審批個案經理姓名: (Adjuster/ Case Manager's name)	審批個案經理電話號碼:
意外日期 (日/月/年):	最後工作日期 (日/月/年):	診斷:

病歷及病徵:

在上圖:

- 畫出你的患處。
- 在你所畫出的位置上以 **P**, **T** 或 **N** 分別指出位置感到的是 **疼痛**、**刺痛** 或 **麻痺**。
- 在位置上, 以箭咀標示痛楚的擴散方向。



其他徵狀 (選所有有關項目):

- 頭痛
- 嘔吐
- 視覺出現重影
- 昏倒
- 頭暈
- 失眠
- 吞嚥困難
- 說話困難
- 其他: (請列明)

病歷 (請選出以下所有與你有關的選項):

- |                                  |  |                                  |   |
|----------------------------------|--|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 癌症      | <input type="checkbox"/> 心臟起搏器           | <input type="checkbox"/> 心絞痛     | <input type="checkbox"/> 骨關節炎                 |
| <input type="checkbox"/> 放射治療/化療 | <input type="checkbox"/> 懷孕              | <input type="checkbox"/> 使用類固醇   | <input type="checkbox"/> 骨質疏鬆                 |
| <input type="checkbox"/> 高血壓     | <input type="checkbox"/> 中風              | <input type="checkbox"/> 糖尿病     | <input type="checkbox"/> 消化系統功能改變             |
| <input type="checkbox"/> 服用薄血藥   | <input type="checkbox"/> (過去或現在的) 其他心臟問題 | <input type="checkbox"/> 體重驟升或驟降 | <input type="checkbox"/> 過去曾接受手術 (請列明): _____ |

 其他 (請列明): \_\_\_\_\_

**曾接受的身體檢查**

- |                              |                                  |                              |                                 |
|------------------------------|----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> X光  | <input type="checkbox"/> CT Scan | <input type="checkbox"/> 關節鏡 | <input type="checkbox"/> EMG    |
| <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> US Scan | <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> Other: |

**現時服用之藥物****敏感****痛楚特質：**

- |         |                                  |                               |                               |
|---------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 我感到痛楚程度 | <input type="checkbox"/> 好轉      | <input type="checkbox"/> 加劇   | <input type="checkbox"/> 沒有改變 |
| 我感到痛楚是  | <input type="checkbox"/> 平均，沒有間斷 | <input type="checkbox"/> 時好時壞 |                               |

有甚麼活動會減輕你的痛楚？

有甚麼活動會加劇你的痛楚？

**痛楚程度：**

平均來說，由1至10，你會形容你有多痛呢？（請在1至10之中圈出一個代表痛楚程度的分數）

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7 ----- 8 ----- 9 ----- 10  
 完全不痛 痛至不能忍受

**病人同意書—請閱讀以下條文，並以剔號表示同意** **知情並同意接受治療**

Oakmont Physiotherapy Clinic（以下簡稱“該診所”）已知會本人有關本人現時的徵狀及狀況，本人是在自願的情況下，接受服務提供者的評估和治療。本人明白此需要本人的主動參與和配合，本人願意配合服務提供者的建議，使本人能更好地痊癒。服務提供者在治療前已向本人解釋有關治療的所有資料，包括有可能發生的副作用。有關之副作用包括（不限於）治療部位紅腫、瘀傷和酸痛。

如治療師認為對本人的情況有幫助，本人願意接受施針治療，如針灸或肌肉電刺激治療 (IMS)。

 **授權索取醫療記錄**

本人現授權該診所及該診所之治療師向本人的醫生或有關方面索取本人的資料、記錄、檢查報告及有關本人身體及精神狀況之資料，包括（不限於）所有X光片、醫療報告、進度報告、診斷評估檢查及報告，並所有能幫助治療過程的醫學意見。同時，本人明白本人的個人資料及醫療資料屬本人之私穩，只有得到本人同意的情況下，方會向第三者透露。

 **同意有關方面聯絡本人**

本人同意該診所以本人提供之電話號碼或／及地址與本人聯絡，並同意該診所於聯絡電話留下信息。

 **付款同意書**

本人同意如本人未能按預訂日期到該診所接受物理治療，本人會於**最少24小時前**致電該診所，並作有關安排。如本人未能在24小時前通知並取消原有約定，本人願繳付\$50的誤期費用。本人明白治療亦會在本人繳付該費用後，才會繼續。

**病人簽署:****日期:****你如何知道本診所？**

- |                               |                                      |  |                                    |                                 |                               |
|-------------------------------|--------------------------------------|--|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 黃頁   | <input type="checkbox"/> 診所病人        | <input type="checkbox"/> 家人／朋友                           | <input type="checkbox"/> Yelp      | <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> 家庭醫生 |
| <input type="checkbox"/> 轉介醫生 | <input type="checkbox"/> Facebook 面書 | <input type="checkbox"/> Physiotherapy Association of BC | <input type="checkbox"/> 其他: _____ |                                 |                               |