

個人資料 身分稱謂(請圈選): Mr. Mrs. Ms. Dr. Mast. Miss	
英文姓名(全名):	
家庭住址:	
區名(suburb):	郵區(postcode):
電子信箱(email):	生日(日/月/年):
手機電話:	職業:
緊急聯絡人姓名、電話:	

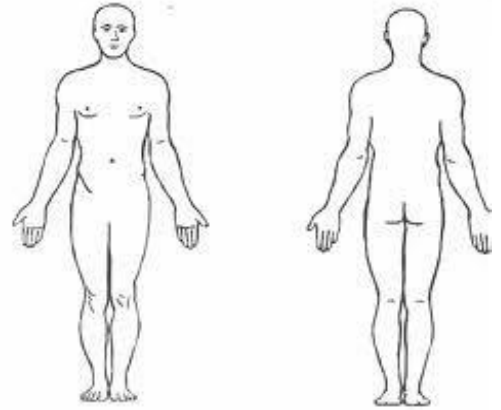
健康概況

請描述目前的身體狀況 _____

請於右圖中圈選出身體中的不適部位:

請圈選您的不適嚴重程度:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 不痛 不舒服 很痛 劇痛



您的病情是否影響到: 工作 睡眠 日常生活

什麼讓您的症狀舒緩?

什麼讓您的症狀加劇?

您的症狀從何時開始? _____

這是如何造成的? _____

目前更加惡化嗎? 是 否

以前有發生過嗎? 是 何時發生的? _____ 有多頻繁? _____
 否

您是否接受過任何治療或檢查? 若有, 請列出: _____

治療有效果嗎? 是 否

脊骨神經矯正病史

您曾經做過脊骨神經矯正嗎? 是 最後一次看診是何時? _____ 否

診所名稱: _____ 醫生姓名: _____

是否拍過 Xray/ CT 斷層掃描/ MRI 核磁共振? 是 否

你如何評估看診結果? 非常棒 好 不理想

患者資訊

澳洲法律規定，每位醫生為患者治療脊椎時需預先告知相關醫療風險。沒有任何醫療處置是完全沒有風險的。在罕見情況下，某些頸部的治療也許會影響血管，引發中風併發症(依據文獻 Haldeman, et al. Spine vol 24-8 1999, 發生率約 585 萬分之一)。類似狀況從未在本醫療院所發生過。林醫師進行頸部治療一律會為患者問診評估後執行。

其他相關已被認定低風險包含韌帶或椎間盤扭傷。
(依據文獻 Dvorak study in Principles & Practice of Chiropractic, Haldeman. 2nd Ed 頸部發生率 13.9 萬之一, 下腰部 6.2 萬之一)

治療同意書

脊骨神經醫學(Chiropractor)是被認可為有效與安全治療各類狀況的療法。本醫療院所專攻於獨特的 CBP (Chiropractic Biophysics) & ABC (Advanced Biostructural Correction) 脊椎矯正系統並整合牽引和特定運動來達到脊椎矯正的目的。致此相信您已了解並被告知所有醫療步驟的相關風險。

請閱讀以下注意事項:

- 1) 我瞭解任何治療行為都有一定程度的風險，包含肌肉，關節疼痛，扭傷，作嘔，頭暈，骨折，椎間盤受傷，中風，或使狀況惡化。
- 2) 我瞭解我有機會與林醫生討論治療方式與計畫/療程（依據需求另預約），並且我在治療前和治療期間有權隨時決定終止療程。
- 3) 我承認我理解所有醫療行為都有相關風險，並無法完全保證療效。

患者簽名: _____ 日期: _____

4) 我不能期待醫生在治療過程中能預測所有的潛在風險及併發症。

5) **限女性** 我有責任告知林醫生是否可能或確認已懷孕。

林醫生保留權力終止或更改治療方針。

我 有 / 沒有 重建乳房或義乳。

6) 我同意在林醫生檢查與治療的過程中，可能碰觸到無關主要症狀的其他身體部位。

7) 我瞭解我可以隨時取消接受治療意願。

患者簽名

英文名字

(18 歲以下孩童 請家長或監護人簽名)

日期

您的隱私和機密性

本醫療院所(SpinoConcept)尊重您的隱私權。依法律規定，您的個人資料與就醫記錄是必須保密的。

然而，在提出最好的治療方針前，醫師助理也會參考您的病歷並協助各項檢查。您的病歷資料會被嚴格限制僅限於本醫療院所內使用。

我們的開放式治療區域設計有便於我們實施獨特的複合治療系統。如果您有特殊需求，請告知櫃台人員/助理/醫師。初診諮詢和檢查時若有可能需要暴露身體部位，檢查將會在密閉診療間進行。

所有第三方資助的方案都不被接受

本醫療院所僅提供患者私人保險付款(部份給付)，或家庭醫師(GP)推薦的 Medicare EPC 方案(部份給付)。

- 此醫療院所不參與 TAC、工作保險、退伍軍人(Veterans Affairs)、英聯邦康復中心 (Commonwealth Rehab) 或任何其他第三方的資助方案。
- 未經事先同意，不得為了進行醫療法律糾紛和賠償，向上述組織透露此醫療院所的任何細節。

我已閱讀並理解以上陳述。

患者簽名: _____

日期: _____

取消預約政策

如果您需要取消預約，請至少 **24 小時前**通知我們，以便我們能將您的位置提供給其他緊急/候補患者。若您當天才臨時取消預約，有需要的患者可能無法在當天臨時候補此預約。

若您延遲取消或未出現，我們將酌收預約的同等費用。

若因特殊情況或無法預期事件而無法就診，行政人員將衡量是否收取預約的同等費用。

更改預約

我們瞭解您可能因各種原因而需要更改預約，請至少 **24 小時前**通知我們，以免被酌收預約的同等費用。在更改預約時，建議您新的預約儘量符合您的治療計畫。

貼心提醒：

您有責任記住您的預約。簡訊僅作為禮節提醒，不應依賴。

我， _____（英文名字）已閱讀並理解上述同意書。
我同意 Spino Concept 提供的服務條件。

患者簽名： _____ 日期： _____