

Hayashi Integrative Health Center REGISTRATION FORM

今日の日付 (Today's date) :

PATIENT INFORMATION

姓 (Patient's last name) :	名 (First) :	Middle :	婚姻の状況 : 結婚・未婚・離婚・死別 Marital status : Single / Mar / Div / Wid		
住所 (Street address) :	アパート番号 (Apt #)	市 (City) :	州 (State) :	郵便番号 (zip code)	
電話番号 (phone number) : ()	生年月日 (Date of Birth) / /	身長 (Height) : cm	体重 (Weight) : kg	性別 (Sex) : <input type="checkbox"/> 男 (M) <input type="checkbox"/> 女 (F)	
職業 (Occupation) :	勤務先 (Employer) :		勤務先電話番号 (Work phone #) : ()		
配偶者の名前 (Spouse Name) :	配偶者の生年月日 (DOB) / /	配偶者の勤務先 (Employer) :		勤務先電話番号 (Work phone #) : ()	
医師からの紹介ですか (referred by physician?): はい (yes) ・ いいえ (no) 誰ですか (if yes, which doctor?) :					
誰からの紹介ですか (Referred by) :					

主な症状について重い順に挙げて下さい。(日本語でご記入下さい。)

List your chief complaints in order of severity. どのくらい長く続いていますか?

- 1) _____ For how long?
 2) _____ For how long?
 3) _____ For how long?

同じ症状で他の医師に掛かっていたら、その医師の名前と住所を記入してください。

List other doctors when you've seen for these conditions:

- 1) _____
 2) _____

現在服用している薬の名前を記入して下さい。(List all medications you are presently taking)

薬の名前 錠/包/回/一日 服用期間 (~年より)

- | | | |
|----------------|---------|-----------|
| 1) Medication: | Dosages | How long? |
| 2) Medication: | Dosages | How long? |
| 3) Medication: | Dosages | How long? |

今回の症状は労働災害ですか?	はい・いいえ	この事をあなたの雇用主に報告しましたか?	はい・いいえ
Is this work related injury?	Yes No	Have you reported it to your employer?	Yes No

この怪我、又は病気は“交通事故”と関係がありますか?	はい	いいえ
Is this injury or illness related to an auto accident?	Yes	No

他の医師に送る為、当院で受けられたあなたの検査結果のコピーが必要ですか?	はい	いいえ
Do you need a copy of your test results for another doctor's purpose?	Yes	No

医師の名前 (Dr's Name) _____ 住所 (Address) _____

注意事項：保険の運用/弁護士査定の恩典について（法的な解釈は英文を本文とする）私は保険強者が撤回無しに、私に支払われるべき如何なる治療の請求金額の給付は直接 Hayashi Integrative Health Center に支払われる様に保険業者に依頼します。もしも、現在の保険証書が私の掛かっている医師に対して直接の支払いを禁止した場合、私が支払い可能な小切手を記入し、Hayashi Integrative Health Center に郵送する様に対処いたします。（郵送先：Hayashi Integrative Health Center-415 E Golf Road, Suite 120 Arlington Heights, IL 60005）又、私は実際の医療請求金額と保険会社が保障しない医療費の差額分に対して私自身責任を持つ事を承知しています。

ATTENTION: INSURANCE CARRIER/ATTORNEY ASSIGNMENT OF BENEFITS

I direct my insurer to pay, without revocation, directly to Hayashi Integrative Health Center, any and all benefits due me as a result of the claim. If my current policy prohibits direct payment to my doctor, then I hereby direct you to make the check payable to me and mail it to : Hayashi Integrative Health Center 415 E Golf Rd., Arlington Heights, IL 60005. I am also aware that I am personally responsible for all charges and/or balance not covered by my insurance.

同意書：（法的な解釈は英文を本文とする）

私は、私の病気、或いは事故に関する記録を私の保険会社、或いは、弁護士に提供する事を承認し、Hayashi Integrative Health Center にこの事を委任します。

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION:

I authorize Hayashi Integrative Health Center to furnish information concerning my illness or injury to my insurance company and / or attorney.

支払い計画：（法的な解釈は英文を本文とする）

Hayashi Integrative Health Center より私に施された如何なるサービスの費用は私が責任を取る事を了解しています。なお費用は、手数料及び治療の時間に供された料金と治療が成されたその日以降 60 日滞納金も含まれます。滞納費の計算は 1 ヶ月に 1.8%の率で生じます。私は徴収の過程に生じた所の、いかなる全ての費用とそれに伴う諸経費、或いは、弁護士の費用も私の計算書の中に含まれる事を私は十分理解し同意します。

PAYMENT ARRANGEMENTS

I understand that I am responsible for any and all bills related to services rendered to me by : Hayashi Integrative Health Center. Charges are due and payable at the time of service and become delinquent sixty(60)days after the date of services performed. Delinquent accounts bear an interest rate of 1.8%per month. I further understand and agree that should collection processes become necessary, I will assume liability for any and all court costs together with reasonable collection or attorney's fees involved of my account.

SIGNATURE (署名)

DATE (年月日)

MINOR

これにより Hayashi Integrative Health Center に通う事を許可します。

Permission is hereby granted to Hayashi Integrative Health Center to attend.

私は彼/彼女の法律上の保護者です。

I am his/her legal guardian.

SIGNATURE (署名)

DATE (年月日)

レントゲン撮影の委任状（女性のみ）

AUTHORIZATION TO TAKE X-RAYS (WOMEN ONLY)

自己判断上妊娠しておりませんし、Hayashi Integrative Health Center の指示下、レントゲン撮影を私が承諾した事を証明します。

This is to certify that to the best of my knowledge I am not pregnant and that this office has my permission to take X-rays of me.

SIGNATURE (署名)

DATE (年月日)

WITNESS (証人)

DATE (年月日)

緊急時連絡してほしい人とその連絡先、そしてその方との続柄

IN CASE OF EMERGENCY, PLEASE NOTIFY:

AT:

RELATION:

Patient Health Questionnaire 1: 健康状態についての問診

ご記入にあたっては、黒のボールペンを使用し日本語でお答え下さい。患者名: _____ 今日の日付: _____

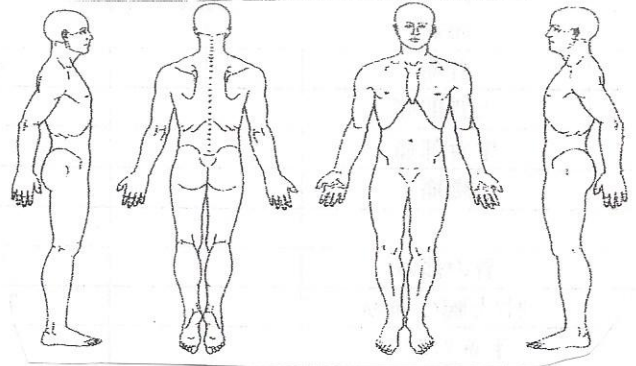
1. 現在の症状についてご記入下さい。 _____

- a. 症状はいつ始まりましたか。 _____
- b. 症状はどの様に起こりましたか。(例)今朝、目が覚めたら首が回らなくなっていた。 _____

2. 症状は、どのくらいの頻度で起こりますか。

- ① 常時 (日に 76-100%)
 ② しばしば (日に 51-75%)
 ③ 時々 (日に 26-50%)
 ④ 断続的 (日に 0-25%)

*症状はどこにあるか下記の図に示して下さい。



3. 症状は、どの様な種類ですか。

- ① 鋭い痛み ④ 突き刺す痛み
 ② 鈍痛 ⑤ 焼け付く痛み
 ③ しびれる様な痛み ⑥ ヒリヒリする痛み

4. 症状が始まってから今日まで、どの様に変化しましたか。 ① 改善 ② 変化なし ③ 悪化

5. 過去4週間において症状の度合いを0から10の数字にて表して下さい。0-症状なし 10-我慢できない

- a. 症状の平均した程度 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- b. 痛みは、日常生活にどの程度影響がありますか。(家事以外の仕事と家事も含みます。)

- ① 全く支障ない。 ② わずかに支障あり。 ③ 中程度に支障あり。 ④ かなり支障あり。 ⑤ 酷く支障あり

6. 過去4週間において、現在の状態がどの程度、社会生活を送るにあたって支障がありましたか。(友人や親戚を訪問するなど)

- ① 常に ② 殆ど ③ 時々 ④ わずかに ⑤ 全くなし。

7. 一般的に、現在の健康状態はいかがですか。 ① とても良い ② 大変よい ③ よい ④ 十分 ⑤ 良くない。

8. 今回の症状に対して、誰かに診察及び治療を受けましたか。 ① 無し ② 医師 ③ 他のカイロプラクター ④ 理学療法士 ⑤ その他

- a. 何時診察/治療を受けましたか。どんな治療でしたか。
- b. 今回の症状に対してどの様な治療を何時受けましたか。
- c. 今回の症状に対してどの様な検査を何時受けられました。 ①レントゲン _____ ②CT スキャン _____
 ③MRI _____ ④その他 _____

9. 過去に似たような症状を経験しましたか。 はい いいえ

- a. 過去に同じ症状で治療を受けられた方は、何処で受けましたか。 ①Dr. 林 ③医師 ⑤その他
 ②他のカイロプラクター ④理学療法士

10. 現在のご職業はなんですか。 ①専門職/管理職 ④労働者 ⑦退職者
 ②ホワイトカラー/秘書 ⑤専業主婦 ⑧その他
 ③商人 ⑥フルタイムの学生

退職者/専業主婦/学生で無い方は、現在の職業は何ですか。 ①フルタイム ②パートタイム ③自営業 ④無職 ⑤休職 ⑥その他

患者の署名 _____ 今日の日付 _____

Patient Health Questionnaire 2: 健康状態についての問診 患者名: _____ 今日の日付: _____

普段どの程度、運動をしていますか。①なし ②軽度 ③中程度する ④精力的

身長と体重を記入して下さい。身長 _____ cm (又は _____ Feet _____ inch) 体重 _____ kg (又は _____ lbs)

下記に示す健康状態で、以前問題があった場合は過去の欄に印を、今かかえている問題は現在の欄に印を付けて下さい。

過去	現在	症状/病気	過去	現在	症状/病気	過去	現在	症状/病気
		頭痛			高血圧症			糖尿病
		首痛			心臓発作			極端な喉の渇き
		上背部痛			胸痛			頻尿
		中背部痛			脳卒中			喫煙/煙草製品の使用
		腰痛			狭心症			薬/アルコールの依存
		肩の痛み			腎臓結石			アレルギー
		肘/下腿の痛み			腎臓の病気			躁鬱病
		手首の痛み			膀胱炎			ループス
		手の痛み			失禁			てんかん発作
					前立腺の問題			皮膚炎/湿疹/発疹
		股関節/大腿の痛み						HIV/AIDS
		膝/下腿の痛み			極端な体重の増加/減少			
		足首/足の痛み			食欲減退			
		顎の痛み			腹痛			女性のみ
					肝炎			避妊薬の内服
		関節の腫れにわぼり			肝臓/胆嚢の病気			女性ホルモンの治療
		関節炎						妊娠
		関節リュウマチ			癌			
		一般的な疲れ			腫瘍			その他の健康問題
		筋肉の協調問題						①
		視力の問題			喘息			②
		眩暈			慢性鼻炎			③

家族の方で該当する病気がある場合は印を付けて下さい。()関節リュウマチ ()心臓の問題 ()糖尿病 ()癌 ()ループス ()その他
現在取っている全ての薬(医師からの処方薬、市販薬、補助栄養食品、薬草/漢方等)名前を記入して下さい。

手術歴について、月日、手術内容、入院期間等記入して下さい。 _____

患者の署名 _____ 今日の日付 _____ 医師からの指示 _____

医師の署名 _____ 今日の日付 _____

Patient Summary Form

症状が始まった日：

--	--	--

1. 簡単に症状を説明して下さい。 _____

2. どのように始まりましたか。 _____

3. 平均的な痛みの強さ

24時間以内： 痛み無し ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ 最悪の痛み
先週： 痛み無し ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ 最悪の痛み

4. どのくらいの頻度で症状は起こりますか？

1.常時(76~100%) 2.しばしば(51%~75%) 3.時々(26%~50%) 4.断続的(0%~25%)

5. 日常生活上、症状はどのように影響していますか。

1.なし 2.多少 3.中程度 4.かなり 5.ものすごく

6. 当センターで治療を受け始めてからどのように状態が変わりましたか？

0.N/A (初診です) 1.更に悪化 2.悪化 3.少し悪化 4.変化なし 5.少し改善 6.改善 7.かなり改善

7. おおまかに、現在の健康状態はいかがですか？

1.素晴らしい 2.大変良い 3.良い 4.普通 5.不調

患者署名： _____

今日の日付： _____

Back Index (背中、腰)

名前

日付

この質問表は、あなたの背中の痛みが日常生活にどのようにひびいているかを知るためのものです。下記の項目のすべての質問にお答え下さい。もし、一つの項目のなかで当てはまりそうな事が、二つ以上ある場合は、あなたの抱えている問題に一番近いもの一つに印を付けて下さい。

Pain Intensity (痛みの度合い)

- ① 極、軽い痛みがあったり、なかったりする。
- ② 痛みは軽く、あまり痛みの度合いが変わらない。
- ③ 痛みは中くらいで、痛みがあったり、なかったりする。
- ④ 痛みは中くらいで、痛みの度合いが変わらない。
- ⑤ 酷い痛みがあったり、なかったりする。
- ⑥ 痛みがとても酷く、痛みの度合いが変わらない。

Sleeping (睡眠)

- ① 寝ている時は、痛みはない。
- ② 寝ている時に痛みはあるが、眠りが妨げられるほどではない。
- ③ 痛みのために、通常の睡眠が25%くらい妨げられる。
- ④ 痛みのために、通常の睡眠が50%くらい妨げられる。
- ⑤ 痛みのために、通常の睡眠が75%くらい妨げられる。
- ⑥ 痛みが酷くて、全然眠れない。

Sitting (着席)

- ① どんな椅子でも好きなだけ座っていられる。
- ② 自分に合った椅子には、いつまでも座っていられる。
- ③ 一時間以上は、痛くて座ってられない。
- ④ 30分以上は、痛くて座ってられない。
- ⑤ 10分以上は、痛くて座ってられない。
- ⑥ すぐに腰が痛くなるので、座ることを避ける。

Standing (立っている時)

- ① 痛みなしで、好きなだけ立っていられる。
- ② 立っている時にいくらか痛みはあるが、痛みは増さない。
- ③ 痛みが増してくるので、一時間以上は立ってられない。
- ④ 痛みが増してくるので、30分以上は立ってられない。
- ⑤ 痛みが増してくるので、10分以上は立ってられない。
- ⑥ すぐに痛みが増すので、立っていることを避ける。

Walking (歩行)

- ① 歩行中の痛みはない。
- ② 歩行中少し痛みがあるが、長く歩いても痛みは増さない。
- ③ 1マイル(約1.6kg)以上歩くと、痛みが増してくる。
- ④ 1/2マイル以上歩くと、痛みが増してくる。
- ⑤ 1/4マイル以上歩くと、痛みが増してくる。
- ⑥ 痛みが増すので全く歩けない。

Personal Care (個人管理)

- ① 痛みはあるが、入浴時や着替えするには支障がない。
- ② 痛みがあっても、通常通りに入浴や着替えをする。
- ③ 入浴時や着替え時に痛みが増すが、いつもの様に行動する。
- ④ 入浴時や着替え時に痛みが増すので、痛みが少ない方法を探す。
- ⑤ 痛みのために、入浴時や着替え時に他人の助けが必要になる時もある。
- ⑥ 痛みのために、他人の助けがないと入浴も着替えも出来ない。

Lifting (持ち上げる)

- ① 特別な痛みなしに重い物を持ち上げられる。
- ② 重い物を持ち上げられるが、特別な痛みが生じる。
- ③ 痛みがあっても、床から重い物を持ち上げられない。
- ④ 床から持ち上げるのは無理だが、テーブル等の上からは出来る。
- ⑤ 床から重い物を持ち上げるのは無理だが、軽、中量の物なら出来る。
- ⑥ 軽い物しか持ち上げられない。

Traveling (旅行)

- ① 旅行中は痛みがない。
- ② 旅行中に痛みはあるが、普通の姿勢でいれば悪くはならない。
- ③ 旅行中に痛みが酷くなるが、他の姿勢を取るまでにはいたらない。
- ④ 旅行中に痛みが酷くなると、他の姿勢を取る。
- ⑤ 横たわっている以外は、姿勢が制限される。
- ⑥ どんな姿勢も制限される。

Social Life (社会生活、社交的な付き合い)

- ① 社交的な付き合いは普通で、特別な痛みはない。
- ② 社交的な付き合いは普通だが、痛みの度合いが増す。
- ③ 痛みは活動的な事(例:ダンス等)には、差し支えない。
- ④ 痛みで制限されて、外にはあまり出掛けない。
- ⑤ 痛みで制限されて、社交的な付き合いは家だけに限られる。
- ⑥ 痛みのために社交的な付き合いは、殆どしない。

Changing degree of pain (痛みの変化)

- ① 痛みはすぐに良くなっている。
- ② 痛みは変動するが、総体的にはあきらかに良くなっている。
- ③ 痛みは良くなっているように思えるが、とてもゆっくりである。
- ④ 痛みは良くも、悪くもなっていない。
- ⑤ 痛みは、しだいに悪くなっている。
- ⑥ 痛みは急速に悪くなっている。

(05/15/06)

The Lower Extremity Functional Scale

下の表に当てはまる足の症状についてすべてお答えください。

	活動	苦痛	非常に困難	困難	多少の困難	平常
1	通常の家事や学校生活	0	1	2	3	4
2	趣味、スポーツ、課外活動	0	1	2	3	4
3	入浴の際の出入り	0	1	2	3	4
4	部屋の移動	0	1	2	3	4
5	靴や靴下を履く	0	1	2	3	4
6	しゃがむ姿勢	0	1	2	3	4
7	物を持ち上げる	0	1	2	3	4
8	軽い家事の作業	0	1	2	3	4
9	多量な家事の作業	0	1	2	3	4
10	車の乗り降り	0	1	2	3	4
11	短距離の歩行	0	1	2	3	4
12	長距離の歩行	0	1	2	3	4
13	階段の昇り降り	0	1	2	3	4
14	一時間立つ	0	1	2	3	4
15	一時間座る	0	1	2	3	4
16	平らな所を走る	0	1	2	3	4
17	でこぼこな所を走る	0	1	2	3	4
18	勢いよく走って急な角を曲がる	0	1	2	3	4
19	跳ねる	0	1	2	3	4
20	ベッドで転がる	0	1	2	3	4
	合計					

症状の最低基準(90%信用): 9ポイント

累計: ____/80

累計をASHIに送ってください。

Binkley, J., Stratford, P., Lott, n.S., Riddle, D., & The North American Orthopaedic Rehabilitation Research Network, The Lower Extremity Functional Scale: Scale development, measurement properties, and clinical application, Physical Therapy, 1999, 79, 4371-383 リプリント版 (American Physical Therapy Association 許可)

Hayashi Integrative Health Center

Hayashi Integrative Health Center Consent for Use or Disclosure of Health information

Hayashi Integrative Health Center has always been concerned with protecting our patients' privacy. While the law requires us to give you this disclosure, please understand that the center has, and always will, respect the privacy of your health information.

There are several circumstances in which we may have to use or disclose your health care information.

- 1) We may have to disclose your health information to another health care provider or hospital if it is necessary to refer you to them for diagnosis, assessment or treatment of your health condition.
- 2) We have to disclose your health information and billing records to another party if they are potentially responsible for the payment of your services.
- 3) We may need to disclose your health information within our practice for quality control or other operational purposes.

We have a more complete notice that provides detailed descriptions of how your health information may be used or disclosed. You have the right to review that notice before you sign this consent form. We reserve the right to change our privacy policy as described in that notice. If we make a change to our privacy practices, we will notify you in writing when you come into the office for treatment or by mail. Please feel free to call us at any time for a copy of our privacy notices.

Your Right To Limit Uses Or Disclosures

You have the right to request that we do not disclose your health information to specific individuals, companies or organizations. If you would like to place any restrictions on the use or disclosure of your health information, please let us know in writing. We are not required to agree to your restrictions. However, if we agree with your restrictions, the restriction is binding on us.

Your Right To Revoke Your Authorization

You have the right to revoke your consent to us at any time; however, your revocation must be in writing. We will not be able to honor your revocation if we have already released your health information before we received your request to revoke your authorization. If you were required to give your authorization as a condition of obtaining insurance, the insurance company may have a right to your health information if they decide to contest any of your claims.

I have read your consent policy and agreed to its terms. Please sign at the bottom acknowledging that you have been advised of the privacy policy implemented by Hayashi Integrative Health Center, and have read, understood and acknowledged the form. If you desire a copy of the privacy policy, please request one at this time.

_____ No, I DO NOT want a copy but I acknowledge the Privacy policy exists.

_____ Yes, I DO want a copy of the Privacy Policy

Patient's Printed Name

Date

Signature

MAP OF HAYASHI INTEGRATIVE HEALTH CENTER

Address: 415 East Golf Road, Suite 120
Arlington Height, Il 60005
Tel: 847-593-1794, Fax: 847-593-0361
Office Hours: Mon, Wed, Fri--- 9.00am to 7:00pm, Tue, Thu---9:00am to 1:00pm
Sat---8:00am---6:00 pm

