

## 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いませんし、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: \_\_\_\_\_

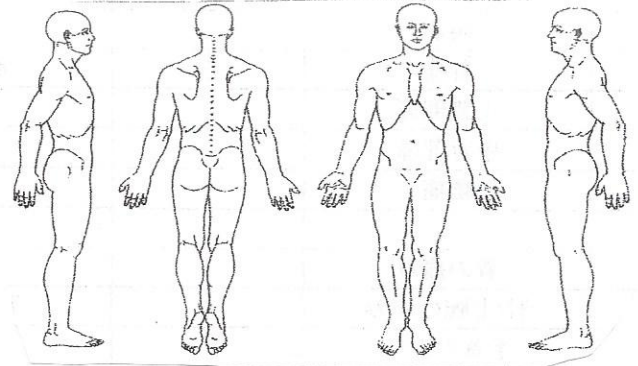
1. 現在の症状についてご記入下さい。 \_\_\_\_\_

- 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。

\*症状はどこにあるか下記の図に示して下さい。

- 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%)



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週間に於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まれます。)

- 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週間に於いて、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。

- ① Dr. 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： \_\_\_\_\_

## Neck Index (首)

名前

日付

この質問表は、あなたの首の痛みの状態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 現在は痛みがない。
- ② 現在は痛みが軽い。
- ③ 中くらいの痛みがあったり、なかったり。
- ④ 現在は痛みがかなり強い。
- ⑤ 現在は痛みがとてつ酷い。
- ⑥ 現在は今までで一番痛みが強い。

### Sleeping (睡眠時)

- ① 睡眠に問題はない。
- ② 通常の睡眠時間の1時間くらい眠りが妨げられる。
- ③ 通常の睡眠時間の1-2時間くらい眠りが妨げられる。
- ④ 通常の睡眠時間の2-3時間くらい眠りが妨げられる。
- ⑤ 通常の睡眠時間の3-5時間くらい眠りが妨げられる。
- ⑥ 通常の睡眠時間の5-7時間くらい眠りが妨げられる。

### Reading (読み物)

- ① 首の痛みなしに好きなだけ読める。
- ② 軽い首の痛みはあるが、読書は好きなだけ出来る。
- ③ 首に中くらいの痛みはあるが、読書は好きなだけ出来る。
- ④ 首に中くらいの痛みがあるので、読書を長く続けられない。
- ⑤ 首の痛みが酷いので、ほとんど読書は出来ない。
- ⑥ 首の痛みが酷いので、全然読書は出来ない。

### Concentration (集中力)

- ① 集中力には、何も問題がない。
- ② 少し支障はあるが、集中力には問題がない。
- ③ 集中力に少々の困難がある。
- ④ 集中する事がとても難しい。
- ⑤ 集中するにはかなりの努力が必要である。
- ⑥ 集中が全然出来ない。

### Work (仕事)

- ① 仕事には支障がない。
- ② 通常している仕事は差し支えない、それ以上は無理。
- ③ 通常の仕事はなんとかこなせるが、それ以上は無理。
- ④ 通常の仕事が出来ない。
- ⑤ ほとんど仕事が出来ない。
- ⑥ 仕事が全然出来ない。

### Personal Care (個人管理)

- ① 特別な痛みなしに、通常の行動出来る。
- ② 通常の行動は出来るが、特別な痛みがある。
- ③ 動作に痛みがあり、ゆっくりと注意をして動く。
- ④ 他人の助けが必要な時もあるが、ほとんどの場合自分で出来る。
- ⑤ 毎日、他人の助けが必要である。
- ⑥ 着物を着たり、顔を洗ったり出来ず横になって休む。

### Lifting (物を持ち上げる動作)

- ① 特別な痛み無しに重い物を持ち上げられる。
- ② 重い物を持ち上げると、特別な痛みが起こる。
- ③ 重い物を床から持ち上げられないが テーブルの上からは大丈夫。
- ④ 床から重い物は持ち上げられないが、軽いものなら大丈夫。
- ⑤ 軽い物だけしか、持ち上げられない。
- ⑥ 持ち上げる事も、持ち運ぶ事も全然出来ない。

### Driving (運転時)

- ① 首の痛み無しに運転出来る。
- ② 軽い首の痛みはあるが、運転には支障がない。
- ③ 首に中くらいの痛みはあるが、運転には支障がない。
- ④ 首に中くらいの痛みがあるので、運転を長く出来ない。
- ⑤ 首の痛みが酷いので、ほとんど運転が出来ない。
- ⑥ 首の痛みが酷いので、全然運転が出来ない。

### Recreation (娯楽、運動)

- ① 首の痛み無しに、日常のすべての活動が出来る。
- ② 少し支障はあるが、普段の活動は出来る。
- ③ 首の痛みのために、普段の活動が少々妨げられる。
- ④ 首の痛みのために、普段の活動が制限される。
- ⑤ 首の痛みのために、ほとんど普段の活動が出来ない。
- ⑥ 首の痛みのために、全く普段の活動が出来ない。

### Headaches (頭痛)

- ① 頭痛はまったくない。
- ② 頻繁にはないが、軽い頭痛がする。
- ③ 頻繁にはないが、中くらいの頭痛がする。
- ④ 頻繁に、中くらいの頭痛がする。
- ⑤ 頻繁に酷い頭痛がする。
- ⑥ 殆ど何時も頭痛がする。

# DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

## THE **DASH**

### The JSSH Version

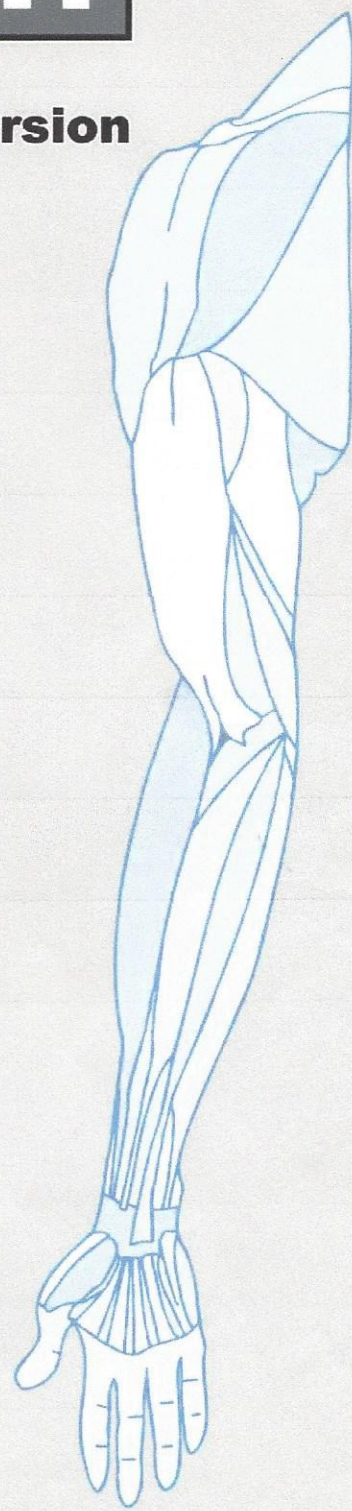
#### 上肢障害評価表 (DASH) の記入について

この質問表は、あなたの手の症状や能力（どの程度できたか？）についてお聞きするものです。

それぞれの質問に対して、先週1週間の状態を、該当するものに○をつけて答えて下さい。

その中にあなたが先週1週間で実際に行っていないものがあつた場合は、どの程度にできたかを想像して、できるだけすべての質問にお答え下さい。

各動作を行うにあたって、左右どちらかの手あるいは両手を使ったかは関係ありません。あなたがどの程度できたのかに○をして下さい。（あなたが普通は右手で字を書いている、先週は何かのトラブルで左手で書いていたなら、左手で字を書く動作について最も当てはまる項目に○をつけて下さい。）



お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_

男/女      利き腕      右/左

記入日      年      月      日

以下は当方で記入します。

診断 \_\_\_\_\_

手術日      年      月      日

手術方法 \_\_\_\_\_

カルテ番号 \_\_\_\_\_

DASH score \_\_\_\_\_

Disability/symptom \_\_\_\_\_

Sports/music \_\_\_\_\_

Work \_\_\_\_\_

# DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

先週 1 週間に次にあげる動作ができたかどうか、該当する状態の番号を○で囲んで下さい。

1. きつめのまたは新しいビンのフタを開ける

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった

2. 書く

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった

3. カギを回す

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった

4. 食事の支度をする

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった

5. 重いドアを開ける

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった

6. 頭上の棚に物を置く

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった

7. 重労働の家事をする(壁ふきや床掃除など)

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった

8. 庭仕事をする

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった

9. ベッドメイキングまたは布団を敷く

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった

10. 買い物バックや書類かばんを持ち運ぶ

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった

11. 重い物を運ぶ(5kg 以上)

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった

12. 頭上の電球を交換する

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった

13. 洗髪やヘアードライヤーを使用する

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった

14. 背中を洗う

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった

15. 頭からかぶるセーターを着る

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった

16. 食事でナイフを使う

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった

17. 軽いレクリエーションをする(例: トランプ、編み物、碁、将棋など)

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった

18. 肩、腕や手に筋力を必要とするか、それらに衝撃のかかるレクリエーション活動をする  
(ゴルフ・テニス・キャッチボールをする、ハンマーを使うなど)

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった

19. 腕を自由に動かすレクリエーション活動をする(フリスビー、バドミントンなど)

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった

20. 交通機関の利用が自由にできる(移動の際に)

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった

21. 性生活をする

1: 全く 困難なし 2: やや 困難 3: 中等度 困難 4: かなり 困難 5: できなかった



# DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

22. 腕・肩・手の障害が、家族、友人、隣人、あるいは仲間との正常な社会生活をどの程度妨げましたか

1: まったくなかった 2: ややあった 3: 中等度あった 4: かなりあった 5: 極度にあった

23. 腕・肩・手の障害によって先週の仕事・日常生活に制限がありましたか

1: 制限なし 2: やや制限 3: 中等度制限 4: かなり制限 5: 極度に制限

先週1週間の症状について、該当する番号を○で囲んで下さい。

24. 腕・肩・手に痛みがある

1: まったくなかった 2: ややあった 3: 中等度あった 4: かなりあった 5: 何もできないほど

25. 特定の運動をしたときに腕・肩・手に痛みがある

1: まったくなかった 2: ややあった 3: 中等度あった 4: かなりあった 5: 何もできないほど

26. 腕・肩・手がチクチク痛む(ピンや針を刺したような痛み)

1: まったくなかった 2: ややあった 3: 中等度あった 4: かなりあった 5: 何もできないほど

27. 腕・肩・手に力がはまらない

1: まったくなかった 2: ややあった 3: 中等度あった 4: かなりあった 5: 何もできないほど

28. 腕・肩・手にこわばり感がある

1: まったくなかった 2: ややあった 3: 中等度あった 4: かなりあった 5: 何もできないほど

29. 腕・肩・手の痛みによって眠れないときがありましたか

1: まったくなかった 2: ややあった 3: 中等度あった 4: かなりあった 5: 眠れないほど

30. 腕・肩・手の障害のために、自分の能力に自信がないとか、使いづらいと思っていますか

1: まったく思わない 2: あまり思わない 3: 何とも言えない 4: そう思う 5: 非常に思う

# DISABILITIES OF THE ARM, SHOULDER AND HAND

## スポーツ / 芸術活動（選択項目）

楽器の演奏やスポーツをするにあたって、あなたの肩・腕・手の障害がどの程度影響しているか以下の質問に答えて下さい。もしあなたがひとつ以上のスポーツもしくは楽器演奏などを行っている場合は、あなたが最も重要だと考えている活動について答えて下さい。

その活動は: \_\_\_\_\_

私は楽器の演奏やスポーツをしません。(以下の1から4の質問には答える必要はありません)

先週1週間で、あなたの状態を最も示している番号を○で囲んで下さい。  
なにか困難がありましたか？

### 1. スポーツ、もしくは楽器演奏においていつもの活動ができましたか

1: 全く困難なし 2: やや困難 3: 中等度困難 4: かなり困難 5: できなかった

### 2. 腕、肩、手の痛みのために活動がどの程度制限されましたか

1: 全く困難なし 2: やや困難 3: 中等度困難 4: かなり困難 5: できなかった

### 3. 自分の思うように活動ができましたか

1: 全く困難なし 2: やや困難 3: 中等度困難 4: かなり困難 5: できなかった

### 4. いつもと同じ時間でできましたか

1: 全く困難なし 2: やや困難 3: 中等度困難 4: かなり困難 5: できなかった

## 仕事（選択項目）

あなたの仕事(家事を含む)をするにあたって、あなたの腕・肩・手の障害がどの程度影響しているか以下の質問に答えて下さい。

あなたの仕事は: \_\_\_\_\_

私は働いていません。(以下の1から4の質問には答える必要はありません)

先週1週間で、あなたの状態を最も示している番号を○で囲んで下さい。  
なにか困難がありましたか？

### 1. 仕事において、いつもの活動ができましたか

1: 全く困難なし 2: やや困難 3: 中等度困難 4: かなり困難 5: できなかった

### 2. 腕・肩・手の痛みのために仕事が制限されましたか

1: 全く困難なし 2: やや困難 3: 中等度困難 4: かなり困難 5: できなかった

### 3. 自分の思うように仕事ができましたか

1: 全く困難なし 2: やや困難 3: 中等度困難 4: かなり困難 5: できなかった

### 4. いつもと同じ時間仕事ができましたか

1: 全く困難なし 2: やや困難 3: 中等度困難 4: かなり困難 5: できなかった

**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

