

INITIAL HEALTH STATUS

Patient Name: _____ Birthdate: _____ Sex: M / F
 Address _____ City _____
 States _____ Zip _____ Telephone() _____ Patient Primary Language _____
 Occupation: _____ Employer: _____ Work Phone _____
 Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
 Subscriber Name: _____ Health Plan: _____
 Subscriber ID#: _____ Group #: _____ Spouse Name: _____
 Spouse Employer: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
 Primary Care Physicians Name: _____ Subscriber DOB: _____

痛みなどの症状のある箇所にX印をつけて下さい。

今の症状、それがどのように始まったかを説明して下さい。

頭痛 首の痛み 背中中の痛み 腰痛 その他 _____

これは? 労災 交通事故 N/A

いつ始まりましたか? _____ どのように始まりましたか? _____

きょうはどのような感じですか? 痛み無し 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 耐え難い痛み

どのくらいの頻度で症状が現れますか? 0-25% 26-50% 51-75% 76-100% (常時)

先週、その痛みのせいでどのくらい日常生活に支障がありましたか?

支障無し 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 何も出来ませんでした

痛みの部分の脊椎レントゲンやMRI、CT スキャンなど撮ったことがありますか? いいえ はい

撮った日: _____ どの部分を撮りましたか? _____

当てはまるもの全てに印を付けてください。

- 発熱 糖尿病 高血圧 脳卒中 (いつ) _____ めまい・失神
- 前立腺の異常 生理時の異常 泌尿器系の異常 妊娠中、何週目 _____
- ステロイド系の薬を使用中 (コーチゾン、プレドニゾン) 異常な体重の 増加 減少
- 経口避妊薬を服用中 朝、著しい痛みやこねばりがある 体勢を変えても、休んでもある痛み 夜間の痛み
- 脚の付け根やおしりのしびれ 骨粗鬆症 てんかん・痙攣発作 視覚障害
- 癌・腫瘍 (詳細) _____ 手術 _____

その他に体の異常があれば説明して下さい。 _____

服用中の薬 _____

家族の病歴: 癌 糖尿病 高血圧 心臓の異常/発作 リュウマチ性関節炎

I certify to the best of my knowledge, the above information is complete and accurate. If the health plan information is not accurate, or if I am not eligible to receive a health care benefit through this provider, I understand that I am liable for all charges for services rendered and I agree to notify this doctor immediately whenever I have changes in my health condition or health plan coverage in the future. I understand that my chiropractor or a clinical peer employed by ASH Networks may need to contact my physician if my condition needs to be co-managed. Therefore I give authorization to my chiropractor and/or ASH Networks to contact my physician, if necessary.

Patient Signature: _____ Date: _____

図1 日本語版 Oswestry Disability Index 2.0

<p>以下のアンケートに答えてください。これらは、腰の痛み（あるいは足の痛み）が、あなたの日常生活にどのように影響しているかを知るためのものです。すべてのアンケートに答えてください。それぞれの項目の中で、もっともあなたの状態に近いものを選んで、番号を○でかこんでください。</p>
<p>1：痛みの強さ</p> <p>0. 今のところ、痛みはまったくない。 1. 今のところ、痛みはとても軽い。 2. 今のところ、中くらいの痛みがある。 3. 今のところ、痛みは強い。 4. 今のところ、痛みはとても強い。 5. 今のところ、想像を絶するほどの痛みがある。</p>
<p>2：身の回りのこと（洗顔や着替えなど）</p> <p>0. 痛みなく、普通に身の回りのことができる。 1. 身の回りのことは普通にできるが、痛みがでる。 2. 身の回りのことはひとりでできるが、痛いので時間がかかる。 3. 少し助けが必要だが、身の回りのほとんどのことは、どうにかひとりでできる。 4. 身の回りのほとんどのことを、他のひとりに助けてもらっている。 5. 着替えも洗顔もできず、寝たきりである。</p>
<p>3：物を持ち上げること</p> <p>0. 痛みなく、重いものを持ち上げることができる。 1. 重いものを持ち上げられるが、痛みが出る。 2. 床にある重いものは痛くて持ち上げられないが、（テーブルの上などにあり）持ちやすくなっていれば、重いものでも持ち上げられる。 3. 重いものは痛くて持ち上げられないが、（テーブルの上などにあり）持ちやすくなっていれば、それほど重くないものは持ち上げられる。 4. 軽いものしか持ち上げられない。 5. 何も持ち上げられないか、持ち運びもできない。</p>
<p>4：歩くこと</p> <p>0. いくら歩いても痛くない。 1. 痛みのため、1 Km 以上歩けない。 2. 痛みのため、500 m 以上歩けない。 3. 痛みのため、100 m 以上歩けない。 4. つえや松葉づえなしでは歩けない。 5. ほとんどとこの中で過ごし、歩けない。</p>
<p>5：座ること</p> <p>0. どんないすにでも、好きなだけ座ってられる。 1. 座りごちの良いいすであれば、いつまでも座ってられる。 2. 痛みのため、1時間以上は座ってられない。 3. 痛みのため、30分以上は座ってられない。 4. 痛みのため、10分以上は座ってられない。 5. 痛みのため、座ることができない。</p>

図 1-2 日本語版 Oswestry Disability Index 2.0

<p>6：立っていること</p> <p>0. 痛みなく、好きなだけ立っていられる。 1. 痛みはあるが、好きなだけ立っていられる。 2. 痛みのため、1時間以上は立ってられない。 3. 痛みのため、30分以上は立ってられない。 4. 痛みのため、10分以上は立ってられない。 5. 痛みのため、立ってられない。</p>
<p>7：睡眠</p> <p>0. 痛くて目をさますことはない。 1. ときどき、痛くて目をさますことがある。 2. 痛みのため、6時間以上はねむれない。 3. 痛みのため、4時間以上はねむれない。 4. 痛みのため、2時間以上はねむれない。 5. 痛みのため、ねむることができない。</p>
<p>8：性生活（関係あれば）</p> <p>0. 性生活はいつもどおりで、痛みはない。 1. 性生活はいつもどおりだが、痛みがでる。 2. 性生活はほぼいつもどおりだが、かなり痛む。 3. 性生活は、痛みのためにより制限される。 4. 性生活は、痛みのためにほとんどない。 5. 性生活は、痛みのためにまったくない。</p>
<p>9：社会生活（仕事以外での付き合い）</p> <p>0. 社会生活はふつうで、痛みはない。 1. 社会生活はふつうだが、痛みが増す。 2. スポーツなどのように、体を動かすようなものをのぞけば、社会生活に大きな影響はない。 3. 痛みのため社会生活は制限され、あまり外出しない。 4. 痛みのため、社会生活は家の中だけに限られる。 5. 痛みのため社会生活はない。</p>
<p>10：乗り物での移動</p> <p>0. 痛みなくどこへでも行ける。 1. どこへでも行けるが、痛みが出る。 2. 痛みはあるが、2時間程度なら乗り物に乗っていられる。 3. 痛みのため、1時間以上は乗ってられない。 4. 痛みのため、30分以上は乗ってられない。 5. 痛みのため、病院へ行くとき以外は乗り物には乗らない。</p>

BOURNEMOUTH QUESTIONNAIRE

以下の質問はあなたの腰痛に関して、どのように影響を与えているかを調べるものです。各質問に対して、一番当てはまると思う数字を一つ選んで丸をつけて下さい。

1. ここ一週間、腰痛の程度は平均してどのくらいでしたか。

痛みなし 最悪の痛み
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. ここ一週間、腰痛は日常生活にこれくらい支障をきたしましたか。(家事、選択、着替え、歩行、階段を上る、ベッドに入る/起き上がる、椅子に座る/立ち上がる)

支障なし 活動不可能
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. ここ一週間、腰痛は娯楽、社会活動、家族活動にどのくらい支障をきたしていましたか。

支障なし 活動不可能
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. ここ一週間、どのくらい心配に感じていましたか(緊張、いらいら、集中・リラックスが困難)

まったく心配なし 非常に心配
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. ここ一週間、どのくらい憂鬱な気分でしたか。(ふさぎこみ、悲しい、意気消沈、悲観、みじめ)

まったく憂鬱でない 非常に憂鬱
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. ここ一週間、仕事(家の内外)がどのくらい腰痛に影響したと思いますか。

悪化させない 非常に悪化させた
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. ここ一週間、どのくらい自分で腰痛をコントロール(弱める・和らげる)できましたか。

完全にコントロールできた 少しもコントロールできない
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LOW BACK PAIN AND DISABILITY QUESTIONNAIRE
(Roland-Morris)

名前: _____ 日付: _____

年齢: _____ 得点: _____

腰が痛い時には、普段やっている事が困難になることがあります。以下の項目で、今日のあなたに当てはまるものにしるしをつけて下さい。

1. 私は腰のために、ほとんど自宅にいます。
2. 私は腰のために、通常よりゆっくりめに歩きます。
3. 私は腰のために、通常する家事がまったく出来ません。
4. 私は腰のために、階段を上がる時手すりを使います。
5. 私は腰のために、安静にするため、しばしば横になります。
6. 私は腰のために、安楽椅子から立ち上がる時に何かにつかまらなければなりません。
7. 私は腰のために、自分のことをしてもらう為に人の助けを求めます。
8. 私は腰のために、洋服を着る時普段よりゆっくりしか着られません。
9. 私は腰のために、短時間しか立つ事ができません。
10. 私は腰のために、前かがみやひざをついたりしないようにしている。
11. 私は腰のために、椅子から立ち上がるのに苦労します。
12. ほとんど一日中腰痛か足の痛みがあります。
13. 私は腰のために、寝返りを打つのに苦労します。
14. 私は腰のために、靴下の着脱が困難です。
15. 私は腰のために、よく眠れません。
16. 私は腰のために、家の重労働をさけます。
17. 私は腰のために、いつもより不機嫌で人に対して非常に怒りやすいです。
18. 私は腰のために、通常よりゆっくりとしか階段を上がれません。

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

