

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: _____

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

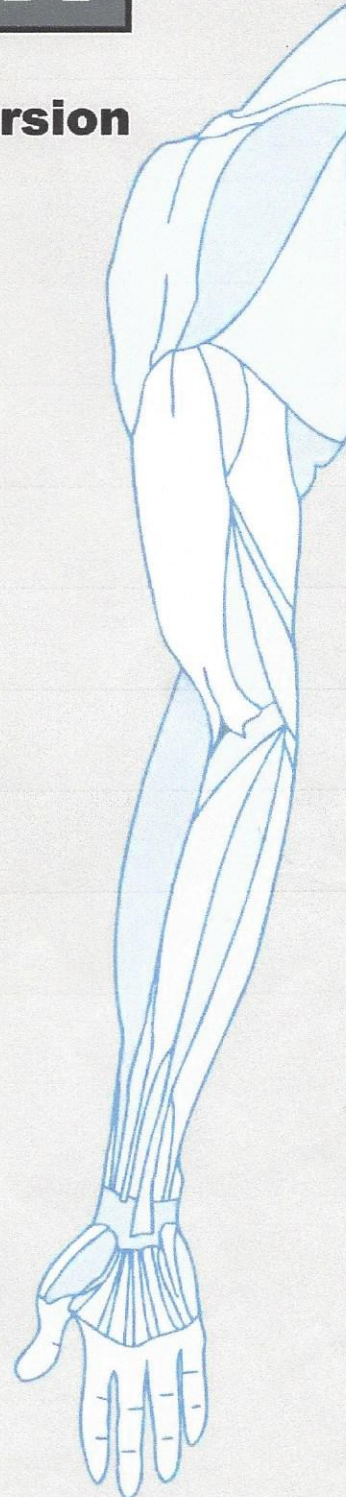
上肢障害評価表 (DASH) の記入について

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

