

Community Pain Medicine
140-21 32nd Avenue, Suite C1
Flushing, NY 11354

REGISTRATION FORM

病人資料 (PATIENT INFORMATION)

日期 (Date): _____

名字 (英文) (Name): _____ 性別 (Gender): 男 (Male) 女 (Female)

出生日期 (Date of Birth): _____ 年齡 (Age): _____ 種族 (非要求資料) (Race [optional]): _____

社安卡號 (Social Security Number): _____ 電子郵箱 (E-mail): _____

婚姻狀況 (Marital Status): 已婚 (Married) 單身 (Single) 離婚 (Divorced) 喪偶 (Widowed)

家庭住址 (Street Address): _____ 公寓號碼 (Apt#): _____

市 (City): _____ 州 (State): _____ 郵政號碼 (ZIP): _____

家庭電話 (Home #): _____ 手機號碼 (Cell #): _____ 工作電話 (Work #): _____

優先聯繫方式 (Contact Preference): 家庭電話 (Home Phone) 移動電話 (Cellphone) 工作電話 (Work Phone)

希望收到預約提醒手机讯息或者电话提醒吗? 是 (Yes) 不是 (No)
(Would you like to receive automated text alerts or confirmations?)

緊急聯絡人 (IN CASE OF EMERGENCY)

親戚/朋友名字 (Name of local friend or relative)	與病人關係 (Relationship to patient)	家庭/手機電話號碼 (Home/Cell Phone No.)	工作電話 (Work Phone No.)

主治醫生的信息 (PRIMARY CARE PHYSICIAN INFORMATION)

家庭醫生 (Family Dr. or PCP): _____

電話 (Phone #): () _____ 傳真 (Fax #): () _____

有关转诊信息: 有沒有我們可以感謝介紹你來本診所的人/來源? (REFERRAL INFORMATION: How did you hear about us?)

<input type="checkbox"/> 家庭醫生 (Family Doctor or PCP)	醫院的名字 (Name of Doctor or Hospital): _____
<input type="checkbox"/> 其他医疗保健提供者 (Other Health Care Provider)	醫師的地址 (Address): _____
<input type="checkbox"/> 醫院 (Hospital)	電話 (Phone #): _____ 傳真 (Fax #): _____
<input type="checkbox"/> 朋友介紹我來此診所的 (Referred by a friend)	朋友的名字 (Name of friend): _____
這位朋友是本診所的病人 <input type="checkbox"/> 是 (Yes) <input type="checkbox"/> 不是 (No) (Is this friend a patient at this clinic?)	朋友的地址 (Address): _____
	朋友的電話 (Phone #): _____
<input type="checkbox"/> 广播/电视台 - 收听的官博电台或者电视台的名字 (Radio/TV Station - Name of Radio/TV Station): _____	
<input type="checkbox"/> 報刊 - 報刊名稱 (Newspaper - Name of Newspaper): _____	
<input type="checkbox"/> 教會公報 - 教會的名稱 (Church Bulletin - Name of Church): _____	
<input type="checkbox"/> 網絡 - 網站或搜索引擎 (Internet Search/Website - Name of Search Engine/Website): _____	
<input type="checkbox"/> 保險公司 - 保險公司的名字 (Insurance Company - Name of Insurance): _____	
<input type="checkbox"/> 其它 - 請註明 (Other - Please Specify): _____	

以上資料是我所認知的真實資料。我同意我的保險公司直接付款至醫生或該診所。我明白我有付清欠款的責任。我同時也允許 **Community Pain Medicine** 或醫療保險公司使用我的資料以索取就診付款。
(The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize **Community Pain Medicine** or insurance company to release any information required to process my claims.)

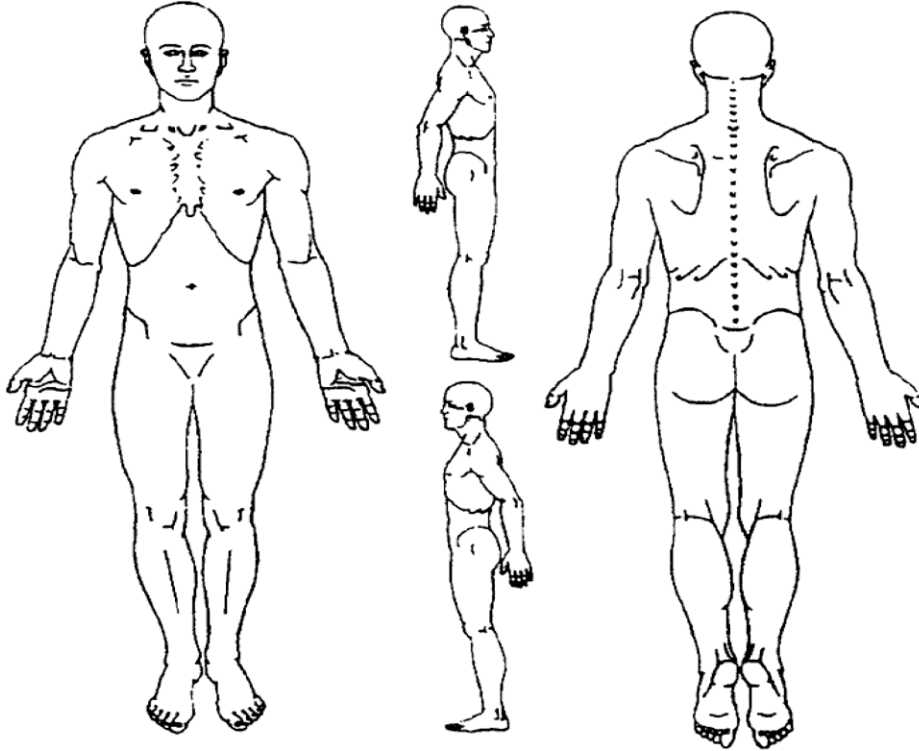
病人/病人監護人簽名:
(Patient/Guardian Signature)

日期:
(Date)

Community Pain Medicine
140-21 32nd Ave., Flushing, NY 11354

姓名 (Name): _____ 日期 (Date): _____
 出生日期 (Birth date): ____/____/____ 年齡 (Age): _____ 性別 (Sex): 男 (Male) 女 (Female)

請勾划您疼痛的部位。(Please indicate where your pain is)



1. 我的疼痛/不舒服是...(請圈一個指數) (My pain/discomfort is...[circle number]):



0

沒有

(No Pain)



2

輕度

(Mild)



4

一般

(Moderate)



6



8

嚴重

(Severe)



10

極其痛苦

(Excruciating)

(For Office Use)	
BP:	
P:	
T:	
H:	
W:	

2. 疼痛已經持續了多久? (How long has the pain been present)

天 (Days) _____

月 (Months) _____

年 (Years) _____

3. 最近疼痛情況更加嚴重了嗎? (Has your problem worsened recently?)

沒有 (No)

有 (Yes) – 什麼時候開始更嚴重? (How recently?) _____

4. 引起疼痛的原因是什麼? (What started the pain or problem?) _____

5. 如何描述您的疼痛最為合適? (What best describes your pain?)

疼痛 (achy)

隱痛 (dull)

劇痛 (sharp)

連串性 (shooting)

癢 (tingling)

刀扎般 (stabbing)

灼 (hot/burning)

沉重感疼痛 (heavy)

絞痛 (cramping)

陣痛 (throbbing)

針扎般疼痛 (pins and needles)

其他 (other): _____

6. 什麼時候感到疼痛加劇? (When do you experience an increase of pain?)

坐時 (sitting)

站時 (standing)

走路時 (walking)

走樓梯時 (climbing stairs)

躺時 (laying down)

開車時 (driving)

舉東西時 (lifting things)

前進時 (bending forward)

其他 (Other): _____

姓名 (Name): _____ 出生日期 (Birth date): ____/____/____

7. 過去是否有接受過任何治療? (What treatments have you received in the past?)

- 無 (None)
- 針灸 (acupuncture)
- 物理治療 (physical therapy)
- 脊椎推拿療法 (chiropractic treatment)
- 麻醉類藥物 (narcotics)
- 消炎藥 (anti-inflammatory medication)
- 注射 (cortisone injection)
- 硬腦膜外類固醇注射 (epidural steroid injection)
- 其他 (other): _____

8. 以上治療持續多久? (How long have you received these treatments?) _____

9. 請問現在有沒有使用麻醉類藥物? (Are you currently taking narcotics?)

- 無 (No)
- 有 (Yes)

10. 請問您今天是否是為了麻醉類藥物而過來看証的? (Are you here today because you need a prescription for narcotics?)

- 否 (No)
- 是 (Yes)

11. 您接受過什麼檢查? (Which of the following tests have been performed?)

- 無 (None)
- X 光 (X-rays)
- 核磁共振 (MRI)
- 計算機體層攝影掃描 (CT Scan)
- 神經傳導測試 (Nerve Conduction)
- 其他 (Other): _____

病史 (Medical History)

請註明您現在有的身體健康問題. (Please indicate any medical problems you have presently)

- 無 (None)
- 高血壓 (High Blood Pressure)
- 糖尿病 (Diabetes)
- 甲狀腺問題 (Thyroid Problems)
- 胃炎 (Gastritis)
- 關節炎 (Arthritis)
- 類風濕關節炎 (Rheumatoid Arthritis)
- 前列腺問題 (Prostate Problems)
- 憂鬱症 (Depression)
- 艾滋病 (HIV/AIDS)
- 癌症 (Cancer of): _____
- 其他 (Other): _____
- 高血壓 (High Cholesterol)
- 心臟起搏器 (Pacemaker)
- 膽囊問題 (Gallbladder Problems)
- 胃酸逆流 (Reflux)
- 骨質訴訟 (Osteoporosis)
- 帕金森氏症 (Parkinson's disease)
- 焦慮 (Anxiety)
- 肝炎 (Hepatitis)
- 藥物上癮 (Addiction to): _____

手術史 (Surgical History):

接受過的手術, 請著名手術名稱與日期. (Previous surgeries - list procedure and date)

- 無 (None)

手術 (Operation)	日期 (Date)

家族病史: (請註明所有家族病史.) (Family History: [Check all that apply])

- 無家族病況 (No medical problems)
- 中風 (Stroke)
- 高血壓 (High blood pressure)
- 糖尿病 (Diabetes)
- 癌症 (Cancer)
- 關節炎 (Arthritis)
- 酒精上癮 (Alcoholism)
- 其他 (Other): _____

姓名 (Name): _____

出生日期 (Birth date): ____/____/____

用藥 (Medications):

請寫下您現在用的所有藥物: (List all medications that you are currently taking)

無 (None)

藥物名稱 (Medication)	用量 (Dose)

藥房名稱 (Pharmacy Name) _____

藥房電話 (Pharmacy Phone #) _____

藥房地址 (Pharmacy Address) _____

過敏 (Allergies):

沒有已知過敏 (No known allergies)

盤尼西林 (Penicillin)

X 光燃料 (X-ray dyes)

碘 (Iodine)

硫磺 (Sulfur)

橡膠類 (Latex)

甲殼類食物 (Shellfish) 其他 (Other): _____

過敏時會出現什麼樣的症狀? (What symptoms do you experience when having an allergic reaction?)

皮疹 (rash)

瘙癢 (itching)

呼吸急促 (shortness of breath)

其他 (other) _____

社會史 (Social History):

1. 您抽烟吗? (Do you smoke?)

從不 (Never)

已戒煙-什麼時候 (Quit - When?) _____

如果抽的话多久抽一次? (Yes - How often?) _____

2. 您喝酒嗎? (How often do you drink alcohol?)

從不 (Never)

偶爾 (Occasionally)

經常 (每週多餘兩次) (Frequently [more than twice a week])

酗酒 (Alcoholic)

酒精中毒恢復中 (Recovering alcoholic)

3. 一年中有多少次你一天喝 4 到 5 杯酒? (How many times in the past year have you had 4-5 drinks in a day?)

从不 (Never)

一次 (Once)

两次 (Twice)

超过两次----多久一次 (More than twice - How often?) _____

4. 您使用/濫用藥物嗎? (Drug use/abuse?)

從不 (Never)

現在正在使用 (Currently)

過去有使用過 (In the past)

什麼藥物? (What drugs?) _____

病人簽名 (Patient signature)

日期 (Date)

醫生簽名 (Physician signature)

日期 (Date)