

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

REGISTRATION FORM

환자정보 (PATIENT INFORMATION)

날짜 (Date): _____

이름 (영문) (Name): _____

성별 (Gender): 남자 (Male) 여자 (Female)

생년월일 (Date of Birth): _____ 나이 (Age): _____ 인종 (선택사항) (Race (optional)): _____

소셜번호 (Social Security Number): _____ 이메일 (E-mail): _____

결혼관계 (Marital Status): 기혼 (Married) 미혼 (Single) 이혼 (Divorced) 미망인 (Widowed)

집주소 (Street Address): _____ 아파트 번호 (Apt#): _____

시 (City): _____ 주 (State): _____ zip코드 (ZIP): _____

집전화 (Home #): _____ 핸드폰 (Cell #): _____ 직장전화 (Work #): _____

선호하시는 연락번호 (Contact Preference): 집전화 (Home #) 핸드폰 (Cell #) 직장전화 (Work #)

자동 문자 알림이나 예약확인 전화를 받으시겠습니까? 네 (Yes) 아니요 (No)
(Would you like to receive automated text alerts or confirmations?)

비상연락처 (IN CASE OF EMERGENCY)

친구/가족 이름 (Name of local friend or relative)	환자와의관계 (Relationship to patient)	집/핸드폰 번호 (Home/Cell Phone No.)	직장전화 (Work Phone No.)
--	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------

의사정보 (PRIMARY CARE PHYSICIAN INFORMATION)

주치의 (Family Dr. or PCP): _____

전화번호 (Phone #): () _____ 팩스 (Fax #): () _____

소견서 정보: 귀하를 저희 병원에 소개시켜주신 분이 계신가요? (REFERRAL INFORMATION: How did you hear about us?)

<input type="checkbox"/> 주치의 (Family Doctor or PCP)	의사 / 병원 이름 (Name of Doctor or Hospital): _____
<input type="checkbox"/> 기타 의료서비스 제공자 (Other Health Care Provider)	주소 (Address): _____
<input type="checkbox"/> 병원 (Hospital)	전화번호 (Phone #): _____ 팩스 (Fax #): _____
<input type="checkbox"/> 저는 지인에게 소개 받았습니다 (Referred by a friend)	친구 이름 (Name of friend): _____
지인께서 저희 병원을 방문 하신 적이 있나요? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니요 (Is this friend a patient at this clinic?)	주소 (Address): _____ 전화번호 (Phone #): _____
<input type="checkbox"/> 라디오/텔레비전 - 라디오/텔레비전 방송국 이름 (Radio/TV Station - Name of Radio/TV Station): _____	
<input type="checkbox"/> 신문 - 신문 이름 (Newspaper - Name of Newspaper): _____	
<input type="checkbox"/> 교회 알림판 - 교회 이름 (Church Bulletin - Name of Church): _____	
<input type="checkbox"/> 인터넷 - 웹사이트 또는 검색엔진 (Internet Search/Website - Name of Search Engine/Website): _____	
<input type="checkbox"/> 보험회사 - 보험회사 이름 (Insurance Company - Name of Insurance): _____	
<input type="checkbox"/> 기타 - 설명 해주세요 (Other - Please Specify): _____	

위에 기입한 내용은 모두 사실입니다. 저는 제 보험회사가 의사에게 직접 지불을 하는것을 허락합니다. 저는 보험회사가 지불하지 않은 비용에 대한 책임이 있습니다. 저는 또한 **Community Pain Medicine** 혹은 보험회사에서 보험청구시 저의정보를 공유하는것에 동의합니다. (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.)

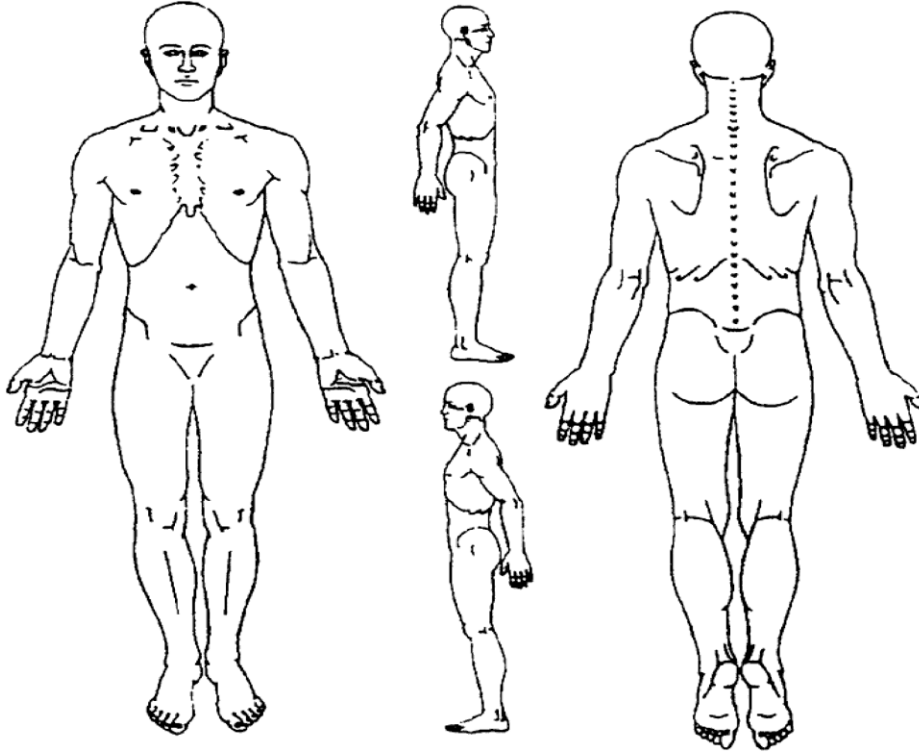
환자/보호자 서명:
(Patient/Guardian Signature)

날짜:
(Date)

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

이름 (Name): _____ 날짜 (Date): _____
 생년월일 (Birth date): ____/____/____ 나이 (Age): _____ 성별 (Sex): 남자 (Male) 여자 (Female)

1. 어디가 아프신지 표시해 주세요. (Please indicate where your pain is)



1. 나의 통증/불편함은...(숫자에 동그라미 해 주세요) (My pain/discomfort is...[circle number]):



0
통증 없음
(No Pain)



2
약간 아픔
(Mild)



4
중간
(Moderate)



6
심한 통증
(Severe)



8
몹시 아픔
(Excruciating)



10
몹시 아픔
(Excruciating)

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

2. 얼마동안 통증이 지속되었습니까? (How long has the pain been present)

일수 (Days) _____ 개월 (Months) _____ 년 (Years) _____

3. 최근 문제가 심해졌습니까? (Has your problem worsened recently?)

아니요 (No) 네 (Yes) - 얼마나 최근의 일입니까? (How recently?) _____

4. 통증을 유발한 원인이 무엇입니까? (What started the pain or problem?)

직장 상해 (work-related injury) 교통 사고 (car accident) 기타 (other): _____

5. 어떤 표현이 자신의 통증을 가장 잘 설명해 주나요? (What best describes your pain?)

- 아픔 (achy) 무감각 (dull) 따끔따끔거림 (sharp) 쏘심 (shooting) 저림 (tingling)
 찌르는듯함 (stabbing) 뜨거움 (hot/burning) 무거움 (heavy) 쥐가 남 (cramping) 욱신욱신함 (throbbing)
 바늘로 찌르는 것 같은 아픔 (pins and needles) 기타 (other): _____

6. 언제 통증이 심해집니까? (When do you experience an increase of pain?)

- 앉을 때 (sitting) 일어설 때 (standing) 걸을 때 (walking) 계단을 오를 때 (climbing stairs)
 누울 때 (laying down) 운전할 때 (driving) 물건을 들어올릴 때 (lifting things) 앞으로 숙일 때 (bending forward)
 기타 (Other): _____

이름 (Name): _____ 생년월일 (Birth date): _____/_____/_____

7. 과거에 어떤 치료를 받으셨습니까? (What treatments have you received in the past?)

- 없음 (None)
- 침술요법 (acupuncture) 물리치료 (physical therapy) 척추지압치료 (chiropractic treatment)
- 마약 (narcotics) 소염제 약물 (anti-inflammatory medication) 코티즌 주사 (cortisone injection)
- 경막외 마취제주사 (epidural steroid injection) 기타 (other): _____

8. 얼마동안 그러한 치료를 받으셨습니까? (How long have you received these treatments?) _____

9. 현재 마약을 복용 하고 있습니까? (Are you currently taking narcotics?)

- 아니오 (No) 네 (Yes)

10. 오늘 마약 처방을 받으러 오셨습니까? (Are you here today because you need a prescription for narcotics?)

- 아니오 (No) 네 (Yes)

11. 아래 중에 어떤 검사를 받으셨습니까? (Which of the following tests have been performed?)

- 없음 (None)
- 엑스레이 (X-rays) 엠알아이 (MRI) 시티 촬영 (컴퓨터 단층촬영) (CT Scan)
- 신경 전도 (Nerve Conduction) 기타 (Other): _____

병력 (Medical History)

최근의 건강상 문제들을 아래에 모두 표시해 주십시오. (Please indicate any medical problems you have presently)

- 없음 (None)
- 고혈압 (High Blood Pressure) 고 콜레스테롤 (High Cholesterol)
- 당뇨병 (Diabetes) 심장박동기 (Pacemaker)
- 갑상선 문제 (Thyroid Problems) 쓸개(담, 낭)의 문제 (Gallbladder Problems)
- 위염 (Gastritis) 식도 역류, 신물 올라옴 (Reflux)
- 관절염 (Arthritis) 골다공증 (Osteoporosis)
- 류마티스성 관절염 (Rheumatoid Arthritis) 파킨슨병 (Parkinson's disease)
- 전립선 문제 (Prostate Problems)
- 우울증 (Depression) 신경 불안증 (Anxiety)
- 에이즈 바이러스 (HIV/AIDS) 간염 (Hepatitis)
- 암-종류 (Cancer of): _____ 중독-종류 (Addiction to): _____
- 기타 (Other): _____

수술 경험 (Surgical History):

이전에 받은 수술 - 수술 종류과 날짜를 적어주세요. (Previous surgeries - list procedure and date)

- 없음 (None)

수술 (Operation)	날짜 (Date)

가족병력: (적용되는 것을 모두 체크해 주세요.) (Family History: [Check all that apply])

- 건강 문제 없음 (No medical problems)
- 뇌졸중 (Stroke) 고혈압 (High blood pressure) 당뇨병 (Diabetes) 암 (Cancer) 관절염 (Arthritis)
- 알콜중독증 (Alcoholism) 기타 (Other): _____

이름 (Name): _____ 생년월일 (Birth date): _____ / _____ / _____

약물 (Medications):

최근에 드시고 계신 약물을 모두 적어주세요: (List all medications that you are currently taking)

없음 (None)

약 (Medication)	용량 (Dose)

약국 이름 (Pharmacy Name) _____ 약국 전화 번호 (Pharmacy Phone #) _____

약국 주소 (Pharmacy Address) _____

알레르기 (Allergies):

- 알려진 알레르기 없음 (No known allergies)
- 페니실린 (Penicillin) X-선 염료 (X-ray dyes) 요오드 (Iodine) 유황 (Sulfur) 라텍스 (Latex)
- 조개류 (Shellfish) 기타 (Other): _____

알레르기가 생기면 어떤 증상이 생기나요? (What symptoms do you experience when having an allergic reaction?)

- 두드러기 (rash) 가려움증 (itching) 천식 (shortness of breath) 기타 (other) _____

사회력 (Social History):

1. 담배 피우시나요? (Do you smoke?)

- 안함 (Never) 끊음 - 언제? (Quit - When?) _____
- 피우신다면 얼마나 자주 피시나요? (Yes - How often?) _____

2. 얼마나 자주 음주하십니까 (How often do you drink alcohol)?

- 전혀 안마심 (Never)
- 가끔 (Occasionally) 자주 (일주일 3 회 이상) (Frequently [more than three days a week])
- 알콜중독 (Alcoholic) 알콜중독 회복중 (Recovering alcoholic)

3. 당신은 지난 한해에 한번에 4-5 잔의 술을 드신적 있으신가요? (How many times in the past year have you had 4-5 drinks in a day?)

- 전혀 (Never) 한번 (Never) 두번 (Twice) 두번 이상 --- 얼마나 자주 드세요? (More than twice - How often?) _____

4. 마약 복용/남용 (Drug use/abuse):

- 전혀 안함 (Never) 현재 복용중 (Currently) 과거에 복용함 (In the past) 어떤 마약입니까? (What drugs?) _____

환자 서명 (Patient signature)

날짜 (Date)

의사 서명 (Physician signature)

날짜 (Date)