

Name氏名: _____ Referring Doctor紹介医師: _____ Date日付: _____

Current Injury/Condition. 現在のケガ/疾病: _____

Please check any of the following who you have seen related to this injury/condition:

次の中から、このケガ/疾病に関連して治療を受けた医師にチェックしてください:

- Primary Care Physician 主治医
 Orthopedist 整形外科医
 Acupuncturist 針灸師
 Chiropractor カイロプラクター
 Physiatrist (PMR) リハビリテーション医(PMR)
 Osteopath 整骨医
 Massage Therapist マッサージ療法士
 Other その他: _____

Did you receive previous Physical Therapy for this Condition?

この疾患に対して以前にフィジカル・セラピーを受けましたか?

Yes はい No いいえ

Did you have surgery Related to this injury/Condition?このケガ/疾病に関連した手術を受けましたか?

Yes はい No いいえ

If yes, Type/Date はいと答えた方、手術の種類と日付: _____

Was this injury/condition the result of a work related or motor vehicle accident?

このケガ/疾病は仕事または自動車事故に関連したものですか?

Yes はい No いいえ

General Medical History. 一般病歴

Please check any conditions you currently have, or have been diagnosed with in the past.

現在、あるいは過去に診断された疾病にチェックをつけてください。

Heart Problems/Surgery. 心臓障害/手術 Please specify詳細: _____

High Blood Pressure. 高血圧.

If so, controlled with Medications そうであれば薬で抑えていますか?: Yes はい No いいえ

Diabetes. 糖尿病

If so, controlled with そうであればどのように対応していますか?:

Medications 薬 Diet 食事 Exercise 運動 Uncontrolled なにもしていない

- Cancer. 癌
If so, please specify type and date そうであれば種類と診断された日付: _____
- Stroke/TIA. 脳卒中/一過性脳虚血発作
If so, please specify date そうであれば診断された日付: _____
- Infectious Disease. 伝染病
If so, please specify そうであれば種類: _____
- Do you have a pacemaker? ペースメーカーをつけていますか? Yes はい No いいえ
- Allergies アレルギー
If so, please specify そうであればその詳細: _____
- Joint Replacement. 関節置換術
If so, please specify type and date そうであればの種類と診断された日付: _____
- Kidney Problems 腎臓障害 Liver Problems 肝臓障害
- Chemical Dependency (i.e., alcoholism) 薬物依存(アル中等) Thyroid Problems 甲状腺障害
- Arthritis (osteoarthritis) 関節炎(骨関節炎) Rheumatoid Arthritis 関節リウマチ
- Depression うつ病 Hernia ヘルニア
- Osteoporosis/Osteopenia 骨粗しょう症/骨減少症 Asthma 喘息
- Vision Difficulties 視覚障害 Hearing Difficulties 聴覚障害
- High Cholesterol 高コレステロール Epilepsy/Seizure Disorder てんかん/発作性疾患

Other surgeries その他手術: _____

Other medical conditions その他の病状: _____

Are you Pregnant? 妊娠していますか? Yes はい No いいえ N/A 不適応

Are you trying to become pregnant? 妊娠しようとしていますか? Yes はい No いいえ N/A 不適応

Do you smoke? たばこを吸いますか? Yes はい No いいえ

If yes, how many packs/day? はいと答えた方、1日何箱吸いますか? _____

Do you drink alcohol? お酒を飲みますか? Yes はい No いいえ

If yes, how many drinks/week? はいと答えた方、週に何杯くらい飲みますか? _____

Medication. 薬物:

Please List Type and Dosage of any Medications/Vitamins/Herbs/Supplements you take regularly.

定期的に服用している薬剤/ビタミン剤/薬草/サプリメントの種類と用量を記入してください。

Type種類 _____ Dosage用量 _____ Type種類 _____ Dosage用量 _____

Type種類 _____ Dosage用量 _____ Type種類 _____ Dosage用量 _____

Type種類 _____ Dosage用量 _____ Type種類 _____ Dosage用量 _____

Activities 活動:

Work: Are you currently working? 仕事: 現在働いていますか? Yes はい No いいえ

If yes, what type of work do you do? はいと答えた方、どのような仕事ですか? _____

Medical History Form / Attendance Policy
病歴用紙/来院規約

Leisure: Please List any Sports/Recreational/Leisure/Fitness Activities you participate in:

余暇:あなたが行うスポーツ/娯楽/余暇/フィットネスの活動を挙げてください:

Activity 活動

Frequency/Week 週何回

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Patient Signature患者の署名: _____ Date日付: _____

Please provide us with an Emergency Contact 緊急連絡先:

Name氏名: _____ Relation患者との関係: _____

Phone Number(s)電話番号: _____

Attendance Policy 来院規約

We at City Physical Therapy, P.C. strive to provide the highest level of patient care. In order to provide hands-on time with each patient we reserve time slots for each appointment. **Consistent attendance is the key to recovery.** Physicians generally prescribe 2-3 P.T. visits per week for the best results. Our attendance policy is made to ensure patients receive quality care and the optimal benefits from treatment.

- Please be ready to receive treatment at your scheduled time. If you are late for your appointment, we will need to shorten your session or reschedule your appointment all together.
- We ask that patients give us a minimum of 24hours notice when canceling an appointment. We will work with you to reschedule your appointment in the same business week.
- If you are unable to reschedule in the same business week, and fail to give us 24 hours notice when canceling, we will charge you a \$50 late cancel fee, payable at your next appointment.
- If you have 2 late-cancels or no-shows, we reserve the right to remove any future appointments from our schedule.

シティー・フィジカル・セラピー専門家法人では、最高レベルの治療を提供するために励んでいます。各患者さんに対して実践治療時間を提供するため、それぞれの予約に対して時間枠を確保しています。**回復の鍵は、通院を怠らないことです。**最高の結果を得るために、医師は一般に週2~3回、フィジカル・セラピーを受けることを勧めます。この来院規約は、患者さんが質の高いケアを受け、治療による利益を最大限にするために設けられました。

- 予約時間に治療を受けられる準備をしておいてください。予約時間に遅れると、セッションを短縮したり予約を取り直すこととなります。
- 予約をキャンセルされる場合は、24時間以上前にご連絡ください。予定の変更は、できるだけご都合に合わせて、同じ週の営業日に取るように致します。
- 同じ週の営業日に予定を変更できなかった場合、24時間以上前にキャンセルの連絡が無かった場合は、キャンセル料として50ドルを次回の予約時に頂きます。
- 24時間以上前にキャンセルの連絡を頂かずに予約時間に来られないことが2回あった場合は、その後の予約を取り消すことがありますので、ご了承ください。

I agree to the terms above. 上記に同意します。

Patient Signature 患者署名: _____

Date 日付: _____