

Patient Registration Form

날짜	<input type="checkbox"/> 여자 <input type="checkbox"/> 남자	생년월일	
영문이름	성 Last)	이름 First)	
주소			
전화번호	<input type="checkbox"/> 휴대폰 <input type="checkbox"/> 집	* 긴급 연락처	
직업	<input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼	<input type="checkbox"/> 사별 <input type="checkbox"/> 별거	
이메일			
체중	_____ lbs (_____ kg)	키	_____ ft _____ in (_____ cm)

어디가 아프십니까? _____
 어떻게 다치게 됐습니까? _____
 얼마동안 아프셨습니까? 3 개월 미만 3 개월 이상 1 년 이상 그 외: _____
 통증이 어디로 방사(전달)됩니까? _____

통증의 강도 체크 해주세요. (0 = 통증없음 / 10 = 강한통증) [0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10]

얼마나 자주 통증이 있습니까? 항상 (100%) 자주 (75%) 보통 (50%) 가끔 (25%) 그 외: _____

어떻게 아프십니까? 지속적으로 은근한 통증 Aching 쓰리고 타는듯한 통증 Burning 저림 Tingling
 당기는 통증 Pulling 날카롭게 에이는 듯한 통증 Sharp 찔러서 관통하는 듯한 통증 Deep/penetrating
 쏘시는 통증 Shooting 쥐어짜는, 쥐나는 통증 Spasm 옥신거리는 박동성 통증 Throbbing 찌르는 통증
 찢어지는 통증 Tearing 둔한 통증 Dull 바늘로 찌르는 듯한 통증 Pins & needles 뻣뻣함 Stiffness

어떻게 하면 통증을 덜어줍니까?
 아이스 팩 운동 핫 팩 마사지 아무것도 도움이 안됨 휴식 스트레칭
 카이로프랙틱 침 물리치료 그외: _____

어떻게 하면 통증이 증가합니까? _____

이전에도 같은 증상으로 아팠던 적이 있습니까? 예 아니오 있다면 언제? _____

위 증상을 위해 치료 받았거나 받고 있는 치료는?

수술 약 복용 물리치료 마사지 카이로프랙틱 주사치료 MRI X-Ray CT 스캔
 그 외: _____

일상 생활 중 가장 불편한 것은?

수면 걷기 운전 셀프 케어 (씻기, 옷입기, 머리손질 등) 그 외: _____

여성이라면, 지금 임신중입니까? 예 아니요 몇 개월입니까? _____

저희 한의원은 어떻게 알게 되셨나요?

Yelp 구글 Google 지인/친구/가족 건강 보험 회사 그 외: _____

건강보험정보 Primary Insurance (건강 보험 카드와 ID 카드를 저희 직원에게 주시면 보험정보를 확인해 드립니다.)

Primary 보험회사 _____

건강보험정보 Secondary Insurance (Secondary 보험이 없으시면 여기에 체크하세요)

Secondary 보험회사 _____

Systems Review (과거나 현재에 경험한 증상들에 체크해주세요)

근골격계 : 없음

과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재
<input type="checkbox"/> 목 통증	<input type="checkbox"/> 허리 통증	<input type="checkbox"/> 어깨 통증	<input type="checkbox"/> 손목/팔꿈치 통증	<input type="checkbox"/> 엉덩이 통증
과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재
<input type="checkbox"/> 무릎 통증	<input type="checkbox"/> 발/발목 통증	<input type="checkbox"/> 잘못된 자세	<input type="checkbox"/> 관절염	<input type="checkbox"/> 골다공증
과거 현재	과거 현재	과거 현재		
<input type="checkbox"/> 측만증	<input type="checkbox"/> 턱관절 장애	<input type="checkbox"/> 기타 _____		

신경계 : 없음

과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재
<input type="checkbox"/> 불안/초조	<input type="checkbox"/> 우울/좌절	<input type="checkbox"/> 집중력 부족	<input type="checkbox"/> 두통	<input type="checkbox"/> 마비감
과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재
<input type="checkbox"/> 수면 문제	<input type="checkbox"/> 기억력 감퇴	<input type="checkbox"/> 신경과민	<input type="checkbox"/> 근력 손실	<input type="checkbox"/> 증풍
과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재
<input type="checkbox"/> 구토	<input type="checkbox"/> 오심(매스꺼움)	<input type="checkbox"/> 간질/발작	<input type="checkbox"/> 미/후각 손실	<input type="checkbox"/> 어지럼증
과거 현재		과거 현재		
<input type="checkbox"/> 간헐적 시력 청력 미각 손실		<input type="checkbox"/> 기타 _____		

머리 / 이비인후계 : 없음

과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재
<input type="checkbox"/> 백내장	<input type="checkbox"/> 인후염	<input type="checkbox"/> 흐릿한 시력	<input type="checkbox"/> 치아 문제	<input type="checkbox"/> 눈에 이상
과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재
<input type="checkbox"/> 녹내장	<input type="checkbox"/> 목이 쉬	<input type="checkbox"/> 음식 삼킴 곤란	<input type="checkbox"/> 잇몸 질환	<input type="checkbox"/> 약관절 이상
과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재
<input type="checkbox"/> 편두통	<input type="checkbox"/> 이명	<input type="checkbox"/> 안경/렌즈 착용	<input type="checkbox"/> 귀가 잘 안들림	<input type="checkbox"/> 림프가 부어있음
과거 현재		과거 현재		
<input type="checkbox"/> 코막힘 또는 축농증		<input type="checkbox"/> 기타 _____		

심혈관계 : 없음

과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재
<input type="checkbox"/> 심근경색/마비	<input type="checkbox"/> 호흡곤란	<input type="checkbox"/> 고혈압	<input type="checkbox"/> 고콜레스테롤	<input type="checkbox"/> 가슴 두근거림
과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재
<input type="checkbox"/> 하지 부종	<input type="checkbox"/> 하지정맥류	<input type="checkbox"/> 저혈압	<input type="checkbox"/> 선천적 심장 결함	
과거 현재		과거 현재	과거 현재	
<input type="checkbox"/> 가슴통증, 흉부 압박감		<input type="checkbox"/> 관상동맥 질환	<input type="checkbox"/> 기타 _____	

호흡계 : 없음

과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재
<input type="checkbox"/> 무호흡증	<input type="checkbox"/> 천식	<input type="checkbox"/> 폐기종	<input type="checkbox"/> 건조열(고초열)	<input type="checkbox"/> 폐렴
과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재
<input type="checkbox"/> 코골이 증상	<input type="checkbox"/> 폐결핵	<input type="checkbox"/> 피 섞인 가래	<input type="checkbox"/> 숨가쁨	<input type="checkbox"/> 천명(쌩쌩거림)
과거 현재		과거 현재		
<input type="checkbox"/> 만성기침	<input type="checkbox"/> 기타 _____			

소화계 : 없음

과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재
<input type="checkbox"/> 대장염	<input type="checkbox"/> 속쓰림	<input type="checkbox"/> 배변습관 바뀜	<input type="checkbox"/> 변비	<input type="checkbox"/> 과민성 대장 증후군
과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재
<input type="checkbox"/> 치질/치핵	<input type="checkbox"/> 크론병	<input type="checkbox"/> 결장암 / 폴립	<input type="checkbox"/> 위산역류	<input type="checkbox"/> 간질환
과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재
<input type="checkbox"/> 궤양	<input type="checkbox"/> 미식거림/구토	<input type="checkbox"/> 췌장염	<input type="checkbox"/> 심한 설사	<input type="checkbox"/> 음식 예민반응
과거 현재	과거 현재	과거 현재	과거 현재	
<input type="checkbox"/> 복부 팽창감	<input type="checkbox"/> 복통	<input type="checkbox"/> 흑변 또는 혈변	<input type="checkbox"/> 기타 _____	

비뇨 / 생식기계 : 없음

과거 현재 요실금 과거 현재 신장결석 과거 현재 혈뇨 과거 현재 성기능 장애 과거 현재 소변 못참음

과거 현재 요로감염 과거 현재 소변빈뇨 또는 통증 과거 현재 기타 _____

내분비계 : 없음

과거 현재 당뇨병 과거 현재 심한 갈증 과거 현재 부갑상선 기능 항진 과거 현재 갑상선 기능 항진

과거 현재 조갈증 과거 현재 다뇨증 과거 현재 한열 왕래 과거 현재 갑상선 기능 저하증 과거 현재 기타 _____

피부/혈액계 : 없음

과거 현재 피부암 과거 현재 습진 과거 현재 탈모 과거 현재 건선, 마른버짐 과거 현재 백색증

과거 현재 멍이 잘 생김 과거 현재 혈변 과거 현재 기타 _____

여성 환자: 자녀 숫자: ___ **제왕절개 횟수:** ___ **유산횟수:** ___ **임신중절횟수:** ___

생리 규칙적 불규칙적 주기: Every _____ days / Lasts _____ days **혈액량:** 많다 보통 적다 **색깔:** 선홍 진홍 갈색

냉: 많다 진하다 노란색 냄새가 난다 적다 얇다 투명하다

부인과 질병

과거 현재 유섬유종 과거 현재 난소낭종 과거 현재 자궁내막증 과거 현재 다낭성 난소 증후군 과거 현재 무배란증

과거 현재 나팔관 폐색 과거 현재 골반염

과거 건강 기록
수술 / 입원 기록

연도	수술 / 입원	합병증

복용약 : (항생제, 혈전 용해제, 인슐린, 심장약, 아스피린, 기타 다른 약들. 비타민, 미네랄, 생약 보조제등등.)

약종류	복용량	하루에 먹는 횟수

알러지: 예 아니요 만약 있다면 어떤 종류인지 적어주세요: _____

과거 병력 : 없음

과거 현재 에이즈/HIV 과거 현재 기관지염 과거 현재 폐기종/기흉 과거 현재 암/종양 과거 현재 탈장

과거 현재 알코올 중독 과거 현재 당뇨병 과거 현재 신장질환 과거 현재 골다공증 과거 현재 심박 조율기

과거 현재 빈혈 과거 현재 간염 과거 현재 간질환 과거 현재 다발성 경화증 과거 현재 소아마비

과거 현재 성병 과거 현재 기타 _____

과거 사고 또는 정신적 외상: 없음

- | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <small>과거 현재</small> | <small>과거 현재</small> | <small>과거 현재</small> | <small>과거 현재</small> | <small>과거 현재</small> |
| <input type="checkbox"/> 미끄러짐/낙상 | <input type="checkbox"/> 골절상 | <input type="checkbox"/> 자전거 사고 | <input type="checkbox"/> 오토바이 사고 | <input type="checkbox"/> 보행 사고 |
| <small>과거 현재</small> | <small>과거 현재</small> | | | |
| <input type="checkbox"/> 자동차 사고 | <input type="checkbox"/> 기타 _____ | | | |

가족력: (예시 : 당뇨, 관절염, 암, 고혈압, 중풍, 발작, 통풍, 신장 질환, 간질환, 심장 질환 등등)

관계	현재 나이	건강상태	질병	돌아가신 나이	사인
엄마	_____	(좋음 나쁨)	_____	_____	(자연사 병사)
아빠	_____	(좋음 나쁨)	_____	_____	(자연사 병사)
형제자매 (남 여)	_____	(좋음 나쁨)	_____	_____	(자연사 병사)
형제자매 (남 여)	_____	(좋음 나쁨)	_____	_____	(자연사 병사)
형제자매 (남 여)	_____	(좋음 나쁨)	_____	_____	(자연사 병사)

직업 관련 :

- 풀 타임 (주 40 시간 이상) 파트 타임 (주 40 시간 이하) 전업주부 은퇴 학생 무직 일시적 병가 상태
- 일주일에 몇시간 정도 일 하시나요? (평균)** _____ 시간
- 앉아서 일함 서서 일함 많이 걷는 직업 노동강도 : 강, 중, 약 컴퓨터 관련 직업
- 반복적인 움직임이 많은 직업 전화 상담직업 나는 일할때: 어렵다 즐겁다 편하다 스트레스 받는다

사회 활동 : (건강 습관 스트레스 레벨등등)

- 음주** 안한다 사교적 음주 **음주정도** 한달에 1-2 번 일주일에 1-2 번 날마다 알콜중독 알콜중독에서 회복중
- 담배** 안한다 사교적 흡연 **흡연정도** 한달에 한갑 일주일에 한갑 하루에 한갑 담배를 끊음 잘 모른다
- 커피** 안한다 하루 아침에 1 컵 하루에 2-4 컵 하루에 5 컵이상
- 수분섭취** 하루에 몇잔? _____ **통증약 복용하십니까?** 아니오 예 : 복용량은? _____
- 탄산 음료** 하루에 몇잔? _____ **기분 전환 약물을 사용하십니까?** 아니오 예 : 복용량은? _____
- 운동** 없다 날마다 일주일에 3 번이상 일주일에 3 번 미만 일주일에 한번
무슨 운동을 하시나요? _____
- 영양/식이** 균형잡힌 식단 당뇨형 식단 무 글루텐 식단 채식식단/ 생식 식단
하루 식사 횟수? _____

Consent to Treatment Form

By signing below, I do hereby voluntarily consent to be treated with acupuncture, alternative medicine, herbs and other substances by a licensed acupuncturist in Good Morning Acupuncture, Inc.

침 Acupuncture: I understand that acupuncture is performed by the insertion of needles through the skin at certain points on or near the surface of the body in an attempt to treat bodily dysfunction or diseases, to modify or prevent pain perception and to normalize the body's physiological functions. I am aware that certain adverse side effects may result. These could include, but are not limited to: local bruising, numbness, minor bleeding, fainting, pain or discomfort and the possible aggravation of symptoms existing prior to acupuncture treatment. Other unusual but rare risks include lung or organ puncture, nerve damage, and spontaneous miscarriage. I understand that no guarantees concerning its use and effects are given to me and that I may stop acupuncture treatment at any time. **Initial:** _____

뜸 Moxibustion: I understand that if I receive moxibustion (heat therapy) as part of therapy, there is a risk of burning with the use of direct moxibustion burning and/or scarring may result from its use. I understand that I may refuse either of these therapies.

Initial: _____

부항 Cupping: I understand that if I receive cupping as part of therapy, there is a risk of tenderness, redness, bruising, blistering, and/or scarring. I understand that I may refuse this therapy. **Initial:** _____

한약&건강보조식품 Herbs & Supplements: I understand that herbs and supplements may be recommended to me to treat bodily dysfunctions, to modify or prevent pain perception, and to normalize the body's physiological functions. I understand that I am not required to take these substances but must follow the directions for administration and dosage if I do decide to take them. I am aware that certain adverse side effects may result from taking these substances. These could include, but are not limited to: changes in bowel movements, abdominal pain/discomfort, nausea/vomiting, rashes and possible aggravation of symptoms existing prior to herbal treatment. Should I experience any problems which I associate with these substances, I will suspend taking them and call my acupuncturist as soon as possible. **Initial:** _____

전침 Electro Acupuncture: I understand that I may be asked to electro acupuncture administered with the acupuncture. I am aware that certain adverse side effects may result. These may include, but are not limited to: electrical shock, pain or discomfort and the possible aggravation of symptoms existing prior to treatment. I understand that I may refuse this treatment. **Initial:** _____

식습관과 생활습관에 관한 상담 Nutritional and Lifestyle Counseling: I understand that the practitioner neither claims nor implies that any instruction, advice, recommendations, services, or herbal/nutritional products the practitioner provides or recommends will cure, treat, prevent or mitigate any disease condition, but are provided solely for the purpose of nourishing and strengthening the natural function of the various body organs and systems so that they may have a greater capacity to heal themselves. I understand that the practitioner believes many diseases are related to unresolved emotional conflicts. I understand that counseling or assistance offered in this area is done on a spiritual basis and does not replace licensed psychiatric care or professional counseling. I request the advice and assistance of this practitioner in helping me to learn what I can do to improve my health and fitness. I request this information and any products or services that may attend it as my right to Freedom of Choice in Medicine and Health care retained by me under the Ninth Amendment to the U.S. Constitution, of certain rights, shall not be construed to deny or disparage others retained by this person. **Initial:** _____

I understand that the acupuncture practitioner must be advised if I have a **pacemaker, cardiac condition, bleeding disorder, history of seizures, on blood thinners (Coumadin, Warfarin, etc.), or if I am or may be **pregnant**. I understand that there may be other treatment alternatives, including treatment offered by a licensed physician. If I am not already done so, I agree to consult with a medical doctor for any serious or life threatening disease or condition either for myself or those under my guardianship.

본인은 위 한방병원에서의 치료와 절차에 동의합니다. 또한 침, 부항, 뜸, 추나와 그 외 위 한방병원에서 이루어 지는 모든 치료와 시술을 통해 생길 수 있는 모든 결과 (자국, 물집, 멍, 출혈, 일시적 통증, 마목감 등) 에 대하여 위 한방병원에 책임을 묻지 않을것을 동의합니다. 모든 치료/시술 시 생길수 있는 위험과 혜택은 본인에게 설명되었고 모든 과정에 동의함을 서명합니다. **Initial:** _____

I have carefully read and understand all information contained within this consent to treatment form and I am fully aware of what I am signing.

Patient Signature: _____

Date: _____

Guardian's Signature: _____

Date: _____

예약 취소 및 변경에 관한 규정

저희 한의원에서는 환자 분들 치료에 최선을 다하고자 사전 예약 취소나 연락없이 예약 시간에 나타나지 않으시는 분들에 한한 규정을 만들어 시행하고 있습니다.

환자 분들의 편의를 위해 예약 하루 전날에 한의원에서 **예약 확인 문자**를 보내드리고 있습니다. 혹시 문자를 확인 못하시거나 받지 못하시는 경우에도 환자분의 예약 취소 및 변경에 관한 책임은 환자분께 있음을 숙지해 주시기를 바랍니다.

예약 취소: 예약 변경 및 취소를 원하실 경우, 예약 시간 기준으로 24 시간 전에 연락을 주셔야하며, 전화나 음성메세지, 문자, 이메일을 이용하실 수 있습니다. 음성메세지, 문자, 이메일을 이용하실 때에는 환자 분의 성함, 예약 시간을 남겨주셔야 합니다.

한의원 전화 714-202-2541 이메일: nubaacu@gmail.com

No Show: 사전에 예약취소나 24 시간 전에 연락을 주시지 않으시고 3 번 이상 예약을 불참하실 경우에는 패널티로 \$20 을 부과합니다. 자연재해나 응급상황의 경우는 패널티 적용이 안됩니다.

- 첫번째 & 두번째 예약 불참: 예약 취소 및 변경, 에 관한 규정을 다시 확인시켜드립니다.
- 세번째 예약 불참: **20 불의 패널티 비용**이 다음번 치료 받으실 때 적용됩니다.

위 내용들을 읽었으며, 이해했고, 위 내용에 동의합니다.

Patient Printed Name: _____

Patient Signature: _____

Date: _____

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

재정 규정

[[Personal Injury Case/교통사고& 개인 상해 관련]

Patient who doesn't disclose or knowingly not telling the truth about personal injury (PI) case and received treatment as regular self-pay patient in purpose of getting more settlement for themselves, will be billed again as personal injury using correct fee schedule like should have been done in the first place. **When we treated the patient as regular patient and request for our medical record to be used in PI case or in ligation, patient need to sign doctor's lien, agreement to pay off the whole PI bill, and before receiving the medical record.**

[Responsibility for Payment]

As courtesy to you, we will gladly submit your charges to your insurance company; however, all services rendered by this office are charged directly to you, and ultimately, you are personally responsible for payment of these charges regardless of any insurance reimbursement or settlement you may or may not receive.

I have read the policy above. I understand and agree to abide by the listed terms.

Patient Signature: _____

Date: _____