자동 환자 등록

오늘 날짜: _____ 추천 의사: _____ 변호사: _____
Today's Date *Referral Doctor* *Attorney*

이름: _____ 생년월일: _____SSN #: _____
Name *DOB* *SSN*

성별: □ 남성 □ 여자 결혼 상태: □ 기혼 □ 미혼 □ 이혼
Gender *Male* *Female* *Marital Status* *Married* *Single* *Divorced*

주소: _____ 시티: _____ 주:___ 우편 번호: ____
Street Address *City* *State* *Zip Code*

집 전화 번호: _____ 핸드폰 번호: _____ 대체 전화 번호: _____
Home Phone *Mobile Phone* *Alternative Phone*

이메일: _____

긴급 연락처: _____ 혈연 관계: _____ 전화 번호: _____
Emergency Contact *Relationship* *Phone*

현재 고용 상태: □ 풀타임 □파트타임 □ 은퇴 □ 학생
Current Employment Status *Full Time* *Part Time* *Retired* *Student*

□ 홈 메이커 □ 무직 □ 장애인 □ 자영업자
Home Maker *Unemployed* *Disabled* *Self-employeed*

가장 최근의 직업: _____ 고용주: _____
Most recent occupation *Employer*

사고 날짜: _____ 자동차 보험: _____ 의료 보험: _____
Date of Accident *Auto Insurer* *Healthcare Insurer*

사고 차량: □ 본인차량 □ 상업용 차량 □ 다른 차량
Vehicle in accident *Your vehicle* *Commercial Vehicle* *Other vehicle*

당신은 의식을 잃으셨습니까? □ 예 □ 아니 당신은 응급실에 실려가셨습니까? □ 예 □ 아니
Did you lose consciousness? *Y N* *Were you taken to ER?* *Y N*

어느 병원, 가셨으면? _____ 어떻게? □ 구급차로 □ 일반차로
If yes, which hospital? *How?* *Ambulance* *Car*

당신은 같은 날 퇴원했습니까? □ 예 □ 아니
Were you discharged on same day? *Y N*

당신은 사고 후 몇일내 병원에 갔습니까? □ 예 □ 아니
Did you go to hospital within a few days after accident? *Y N*

어느 병원, 가셨으면?_____ 언제?_____
If yes, which hospital? *When?*

사고당시 당신은 : □운전사 □승객 □보행
In the accident you were: Driver Passenger Walking

□ 오토바이 운전 □자전거를 타고
Riding motorcycle Riding bicycle

당신이 승객이였으면, 어디에 앉아 계셨습니까? □앞 좌석 □뒤쪽 좌석
If you were passenger, where did you sit? Front Seat Back Seat

당신은 안전 벨트를 착용했습니까? □ 예 □ 아니 에어백이 터졌습니까? □ 예 □ 아니
Were you wearing seatbelt? Y N Did airbag deploy? Y N

차의 어디부분이 치였습니까? □ 앞 □ 후방 □측면
Where is the car hit? Front Rear Said

옆이면 어디쪽이 치였습니까? □ 드라이버 측 □ 조수석
Which side if the car is hit on side? Driver side Passenger side

신장: _____ 무게: _____
Height Weight

담배를 피우십니까? □ 예 □ 아니 그러시면, 얼마나 많이? _____
Do you smoke? Y N If Yes, how much?

당신은 술드십니까? □ 예 □ 아니 그러시면, 얼마나 자주?_____
Do you consume alcohol? Y N If Yes, how often?

당신은 어떤 알레르기가 있습니까? □ 예 □ 아니 있으면어떤알레르기죠:_____
Do you have any allergies? Y N If Yes, please list.

당신은 과거에도 사고가 있었습니까? □ 예 □ 아니 있었으면 당신은 언제 어떤 치료를? _____
Have you had any prior accidents in the past? Y N If Yes, when and any treatment?

자동차 사고 후 현재 건강 상태와 보시는 의사분들을 기재 해주세요

(*Please list CURRENT medical conditions and medical care provider after auto accident):*

_____
_____
_____

자동차 사고 전에 과거의 건강 상태와 보시는 의사분들을 기재 해주세요

(Please list PAST medical conditions and medical care provider before auto accident)

_____
_____
_____

모든 수술 및 연도를 기재 해주세요

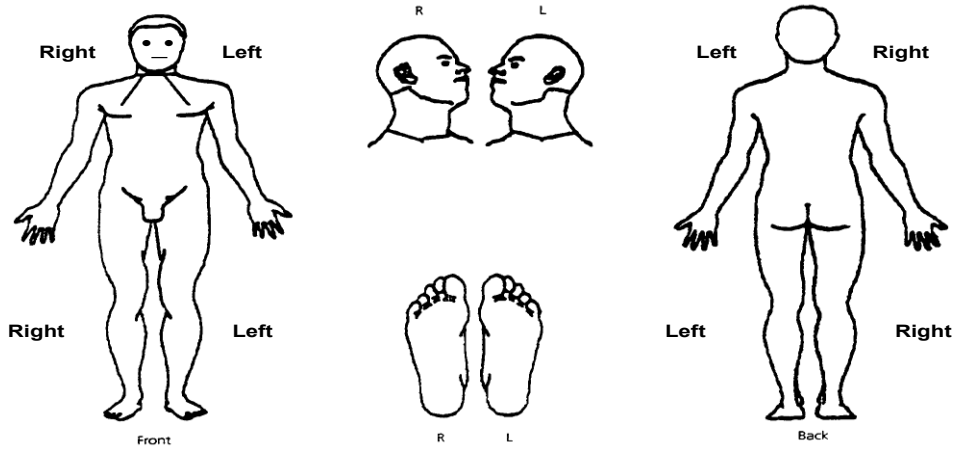
(Please list all SURGERIES and Year):

_____
_____
_____

_____

당신이 드시는 모든약과 복용량을 기재 해주세요:
(Please list MEDICATIONS with dosage and frequency you are taking)

_____
_____
_____
_____
_____



최소의 고통 수준 (0이 통증의 최소): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Least pain Level (0 being the least amount of pain)

최악의 고통 수준 (0이 통증의 최소): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Worst Pain Lavel (0 being the least amount of pain)

당신이 당신의 고통에 대하여 받은 치료들은 무엇입니까? 해당 사항을 모두 확인합니다.
Which of the following treatments have you had for your pain? Check all that apply

□ 무처방 진통제 (Motrin, Advil, Aspirin, Aleve, Tylenol)
Over the counter pain killer

□ 수술 *Surgery* □카이로 프랙틱 치료 (얼마나?_____) *Chiropractic treatment (How long?)*

□ 물리 치료 (얼마나? _____) *Physical therapy (How long?)* □ 침술 치료 *Acupuncture treatment*

□ 신경 블록 주사(예 경막외 주사,추간관절내 주사 등)
Nerve blocks and injections (such as epidurals, facet injections, etc)

□ TENS *TENS* □보톡스 주입 *Botox Injection* □바이오 피드백 / 이완 훈련 *Biofeedback/Relaxation training* □ 상담 / 심리 치료 *Counseling/Pshchotherapy*

□ 다른: _____
Others

다음의 어떤항목들이 당신의 통증을 더심하게 만듭니까? 해당 사항들 체크.
Which of the following make your pain feel worse? Check all that apply

□ 앉아있을때 □서있을때 □걸을때 □ 누워있을때
Sitting Standing Walking Lying down

□ 앞으로 굽힐때 □ 뒤로 굽힐때 □ 아침에 □저녁에
Bending Forward Bending backward Morning hours Evening hours

□ 기침, 재채기 □ 축축한 날씨 □ 물리 치료 □ 침대에서 일어날때 □ 스트레스 받을때
Coughing, sneezing Damp weather Physical therapy Getting out of bed Stress

□ 다른: _____
Other

다음 중 어떤것들이 당신의 고통을 덜하게 많듭니까? 해당 사항들 체크.
Which of the following make your pain feel better? Check all that apply

□ 앉아있을때 □서있을때 □걸을때 □ 누워있을때
Sitting Standing Walking Lying down

□ 앞으로 굽힐때 □ 뒤로 굽힐때 □ 아침에 □저녁에
Bending Forward Bending backward Morning hours Evening hours

□ 쉴때 □ 물리 치료 □ 침술 □ 열찜질 □ 얼음찜질 □ 알코올
Relaxation Physical therapy Acupuncture Heat Ice Pack Alcohol

□ 다른: _____
Other

사인_____ 날짜_____
Signature Date