新病人信息表

病人資料

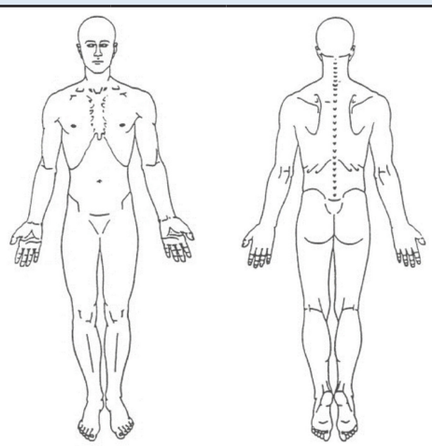
姓 *	名 *	出生日期 *	病人識別碼（如果已知）	
性別 *	代稱偏好	電子郵件 *	首選電話號碼 *	
居住地址 *		城市 *	州 *	郵政編碼 *

緊急聯繫人

全名	與病人關係	聯繫電話
全名	與病人關係	聯繫電話

健康情況

痙攣
發炎
觸發點
突起
黏連
旋轉
疼痛
壓痛關節
過度緊張



病人擔憂的狀況 *

請評估您目前的疼痛程度，從 1（最輕）到 10（最重） *

☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10

請標明您所面臨的疼痛類型 *

☐ 銳痛 ☐ 刺穿痛 ☐ 痠痛 ☐ 麻木 ☐ 鈍痛 ☐ 放射痛 ☐ 刺痛 ☐ 閃痛

☐ 其他 , 請具體說明 : _____

目前的醫療狀況 *	目前服用的藥物 *
過去的醫療問題 *	相關家族病史 *

目前受傷情況 *	過去受傷情況 *	過敏 *

簽名 *	日期 *

問卷

1. 您怕風嗎？

2. 您怕冷嗎？

3. 您會感覺忽冷忽熱嗎？

4. 您會感覺口苦口乾嗎？

5. 您會感覺煩躁易怒嗎？

6. 您會頭暈嗎？

7. 您胃口好嗎？

8. 您容易腹脹嗎？

9. 您會感覺噁心嗎？

10. 您會經常覺得口渴嗎？

11. 您喜歡喝冷水還是溫水？

12. 您大便每天都有嗎？

如果答案是有，一天有幾次？成形還是稀散？

如果答案是沒有，那麼多久一次？成形還是稀散？

13. 您的小便顏色是淡白？淡黃？還是深黃？

14. 您的小便有力還是無力？

15. 您的雙手是溫的還是冷的？

16. 您的雙足是溫的還是冷的？

17. 您睡眠好嗎？

18. 您是否很晚睡覺？（11:00 PM 之後）

19. 若夜間醒來最多狀況是在 11-1 點？ 1-3 點？ 3-5 點？

20. 月經 （女性專屬）

週期 :_____ 天 , 經期 :_____ 天

有沒有黑色乾血塊？

有沒有痛經？

21. 您有痰嗎？若有是什麼顏色？

22. 看診原因

23. 其他補充

Yi Acupuncture & Traditional Chinese Medicine PLLC
840 N State Rd 434, Suite 1010,
Altamonte Springs, FL 32714
Tel: 321-972-4636

YI ACUPUNCTURE &
Traditional Chinese Medicine PLLC

病人同意書

我們的隱私實踐通知 提供有關我們如何使用和披露您的受保護健康資訊的信息。通知中包含一個「病人權利」部分，描述您在法律下的權利。您有權在簽署此同意書之前查看我們的通知。我們的通知條款可能會有所變更。如果我們更改了通知，您可以通過聯繫我們的辦公室來獲取修訂版。

您有權要求我們限制如何使用或披露關於您的受保護健康資訊，以進行治療、支付或健康護理操作。我們不必同意這一限制，但如果我們同意，我們將遵守該協議。

通過簽署此表格，您同意我們使用和披露關於您的受保護健康資訊，用於治療、支付和健康護理操作。您有權以書面形式撤回此同意書，並由您簽署。然而，此撤回不會影響我們在依賴您之前的同意所做的任何披露。此表格旨在遵守 1996 年健康保險流通與問責法案（HIPAA）。

病人了解以下內容：

- 受保護的健康資訊可能會被披露或用於治療、支付或健康護理操作。
- 該診所有一份隱私實踐通知，病人有機會查看該通知。
- 該診所保留更改隱私政策通知的權利。
- 病人有權限制其資訊的使用，但診所不必同意這些限制。
- 病人可以隨時以書面形式撤回此同意書，所有未來的披露將停止。
- 診所可能會以簽署此同意書作為治療的條件。

病人或代理人簽字： _____ **日期** _____

代理人與病人的關係（如果不是病人本人）： _____ **日期** _____

見證人簽字： _____ **日期** _____

(Printed Name Yi Acupuncture & Traditional Chinese Medicine PLLC Representative)

Yi Acupuncture & Traditional Chinese Medicine PLLC
840 N State Rd 434, Suite 1010,
Altamonte Springs, FL 32714
Tel: 321-972-4636

YI ACUPUNCTURE &
Traditional Chinese Medicine PLLC

病人治療同意書

我特此同意 Yi Acupuncture & Traditional Chinese Medicine PLLC 所提供的以下條款

病人姓名（請正楷書寫）：_____

A. 治療： 任何及所有的健康護理和治療，包括針灸、中藥方劑、推拿（中醫按摩）、拔罐療法、艾灸、治療性運動和 / 或營養諮詢。我了解針灸和拔罐療法在某些情況下可能會導致瘀傷。

B. 財務信息： 所有專業費用在服務提供時需全額支付。我特此承認並接受對所有產生的費用負全責。支付應直接交給 Yi Acupuncture & Traditional Chinese Medicine PLLC，金額為服務提供後的應付款項。付款方式可使用主要信用卡、現金或支票。

病人或代理人簽名 _____ 日期_____

取消政策

每次預約時間都是專為該病人保留的。取消或更改預約須至少提前 24 小時通知診所。距離預約時間不到 24 小時取消或改期，將收取 50 美元暫時取消費；未事先通知且未到診，將收取 75 美元未到診費。真正的緊急情況可由診所酌情免除。相關費用結清後方可再預約。

病人或代理人簽字_____ 日期 _____