

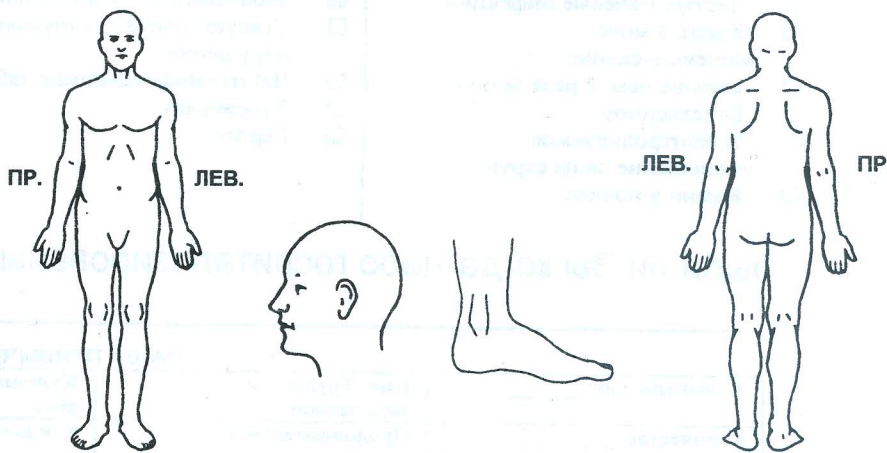
ф. и. о. _____ возраст _____ Case Number _____
 адрес _____ г. _____ штат _____ почт. индекс _____
 тел. дом. _____ дата рожд. _____ пол: М Ж семейное положение _____
 профессия _____ место работы _____ рабочий телефон _____
 ИМЯ ЗАСТРАХОВАННОГО _____ ДАТА РОЖД. ЗАСТРАХОВАННОГО _____
 имя супруга _____ ПРОФЕССИЯ СУПРУГА/И _____
 место работы супруга _____ РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН СУПРУГА/И _____
 кем направлен _____
 последний визит к кайропракту _____ ИМЯ КАЙРОПРАКТА _____ РЕЗУЛЬТАТ _____
 Ваша страх. компания _____ тел. страх. комп. _____
 Ваш Social Security# _____
 Social Security # супруга/и _____
 страховая компания супруга/и _____ тел. страх. комп. _____
 основные жалобы 1. _____
 2. _____
 и др. 3. _____

связь с травмой? -да -нет если да на работе- автоб. аварии- др.- _____
 наличие адвоката? -да -нет _____

на шкале от 1 до 10 отметьте Вашу боль сегодня _____

ЗДЕСЬ НЕ ПИШИТЕ---

отметить место боли



БЫЛИ ЛИ КОГДА-ЛИБО В ВАШЕЙ СЕМЬЕ ТАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ?

Отец Мать Дети Родители Родители
 отца матери отца матери

	Отец	Мать	Дети	Родители отца	Родители матери	Отец	Мать	Дети	Родители отца	Родители матери
Алкоголизм						Высокое давление				
Астма						Заболевания почек				
Нарушения кровообращения						Психические заболевания				
Опухолевые заболевания						Мигрень				
Диабет						Остеопороз				
Глаукома						Инсульт				
Эпилепсия						Заболевания щитовидной железы				
Заболевания сердца						Другие заболевания				

