ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ И ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ Дата _____

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 комания супруга/и _____ тел. страх. комп. _____

основные жалобы
1. _____
2. _____

и др.
3. _____

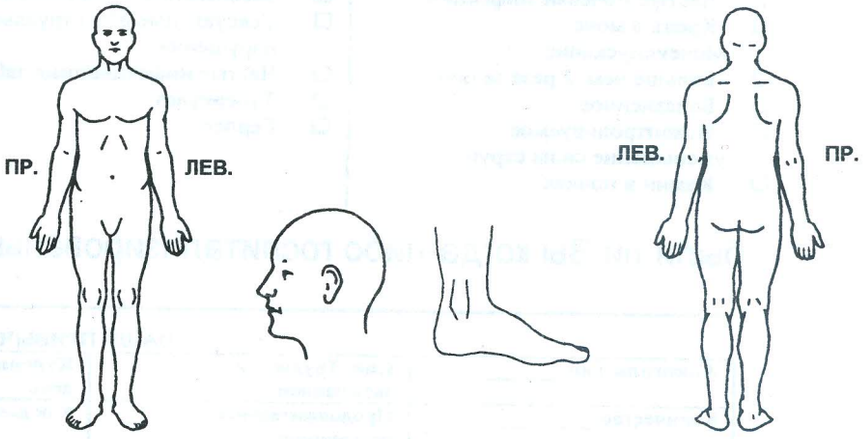
связь с травмой ? ☐-да ☐-нет если да на работе-☐ автомоб. аварие-☐ др.-☐

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 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					