



RIWAYAT MEDIS INDIVIDUAL

Nama Pasien _____ TTL _____ Tanggal _____

Formulir berikut ialah untuk diisi dan dikirim ke kontak email di atas sebelum anda melakukan konsultasi. Ketika kuesioner kami terima, anda akan kami hubungi melalui email untuk menjadwalkan konsultasi pertama anda. Mohon isi dengan lengkap kuesioner riwayat medis ini. Jika anda memiliki hasil tes atau yang lainnya, silahkan lampirkan kopiannya bersamaan dengan informasi-informasi bersangkutan yang tidak ada di formulir ini. Semua informasi anda akan dirahasiakan. Mohon centang semua kondisi yang sedang atau pernah anda alami. Untuk memberi penanganan yang tepat, kami membutuhkan riwayat medis anda secara lengkap.

K = Kadang-Kadang		SR = Sering		SL = Selalu	
K SR SL	K SR SL	K SR SL	<i>Centang semua kondisi yang sedang atau pernah anda alami:</i>		
Otot / Sendi	Mata, Telinga, Hidung dan Tenggorokan	Kulit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bisul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bursitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pilek	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mudah memar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gangguan pada kaki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mata juling	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuli	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Merah-merah atau alergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sakit pada punggung bagian bawah	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kerusakan gigi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lumbago	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sakit pada telinga	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bentol (ruam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sakit, pegal pada bagian leher	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muncul cairan telinga	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Varises vena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sakit di antara dua bahu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bisung pada telinga	Sakit atau mati rasa pada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pembesaran kelenjar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bahu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pembesaran kelenjar tiroid	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lengan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meriang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sakit mata	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Siku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kejang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pengelihatan kabur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pusing	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rabun dekat	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pinggul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pingsan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gangguan gusi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Letih	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergi serbuk bunga	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lutut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Demam	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tenggorokan serak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Telapak kaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sakit kepala	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hidung tersumbat	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sakit pada tulang ekor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kurang tidur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rabun jauh	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Postur tubuh yang buruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Berat badan turun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mimisan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sciatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gelisah, depresi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infeksi sinus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lengkungan pada tulang belakang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neuralgia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sakit tenggorokan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sendi yang bengkak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mati rasa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tonsillitis	Respirasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Berkeringat	Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sakit pada dada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gemeteran	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bersendawa atau buang angin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Batuk kronis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kardiovaskular	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kolitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sulit bernapas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pengerasan arteri	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Masalah usus besar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mengeluarkan darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tekanan darah tinggi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Konstipasi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mengeluarkan dahak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tekanan darah rendah	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diare	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Wheezing (mengi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rasa sakit pada jantung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pencernaan terhambat	Khusus wanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sirkulasi yang buruk	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abdomen bengkak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Payudara terasa penuh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Detak jantung cepat	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lapar berlebih	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kram / sakit punggung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Detak jantung lambat	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gangguan kantong empedu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Menstruasi mengalir secara berlebihan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pembengkakan pergelangan kaki	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemorrhoids	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rasa panas (hot flashes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitourinaria	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cacing pada usus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Menstruasi tidak teratur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ngompol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sakit kuning	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Benjolan pada payudara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Terdapat darah pada urin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gangguan hati	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Menopause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sering buang air kecil	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mual	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rasa sakit saat haid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kurangnya kontrol pada ginjal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sakit di atas perut	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Keluarnya cairan vagina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infeksi ginjal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nafsu makan buruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sakit saat buang air kecil	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muntah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gangguan prostat	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muntah darah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nanah pada urin					

Deskripsikan pemasalahan anda, jika skoliosis, jelaskan tingkatan dan tipe lengkungan: _____

Sudah berapa lama kondisi anda seperti ini? _____ Apakah kondisinya semakin parah? Ya Tidak
Hal ini mengganggu (centang kotak yang sesuai): Pekerjaan Waktu tidur Yang lainnya (rincikanlah)



Menurut anda, apa yang menjadi penyebab awal?
Apa anda sedang dalam penanganan dokter? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika ya, dengan alasan apa?
Apa anda pernah dirawat di rumah sakit selama 5 tahun terakhir? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika ya, apa untuk operasi besar? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak untuk perawatan cedera serius? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Apa anda pernah mengalami kelainan mental atau jiwa? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika ya, kapan?
Indikasikan obat yang sedang anda konsumsi: <input type="checkbox"/> Pil KB <input type="checkbox"/> Obat penenang <input type="checkbox"/> Analgesik <input type="checkbox"/> Yang lain (sebutkan)
Apa anda menggunakan: <input type="checkbox"/> hak tambahan di area tumit? <input type="checkbox"/> sepatu dengan sol tebal? <input type="checkbox"/> bantalan kaki dalam sepatu? <input type="checkbox"/> area penyokong? <input type="checkbox"/> hak negatif (alas sepatu dimana posisi tumit menjadi lebih rendah dari jari kaki)? <input type="checkbox"/> sepatu hak tebal dan rata?
Bagaimana anda melakukan aktivitas sehari-hari? <input type="checkbox"/> berdiri <input type="checkbox"/> duduk <input type="checkbox"/> berjalan <input type="checkbox"/> lainnya (sebutkan)

Apa anda pernah: Ya Tidak Jika ya, jelaskan dengan singkat.

- mengalami patah tulang? Ya Tidak
- dirawat di rumah sakit? Ya Tidak
- keseleo? Ya Tidak
- menggunakan tongkat atau alat bantu lain? Ya Tidak
- tersambar petir? Ya Tidak
- diopname selain karena operasi? Ya Tidak

Apa anda:

- mengkonsumsi mineral, herbal / vitamin? Ya Tidak
- merasa anda butuh mineral, herbal / vitamin? Ya Tidak
- memiliki alergi pada obat tertentu? Ya Tidak

Kapan terakhir kali anda melakukan: Tidak pernah 0-6 bulan 6 -18 bulan >18 bulan

- x-ray tulang belakang? Tidak pernah 0-6 bulan 6 -18 bulan >18 bulan
- pemeriksaan tulang belakang? Tidak pernah 0-6 bulan 6 -18 bulan >18 bulan
- pemeriksaan fisik? Tidak pernah 0-6 bulan 6 -18 bulan >18 bulan

KEBIASAAN	Nihil	Ringan	Sdg	Berat
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rokok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obat-Obatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olahraga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nafsu Makan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minuman Soda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Makanan Asin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pemanis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mohon tuliskan perawatan-perawatan medis atau operasi lainnya yang pernah anda jalani selama 10 tahun terakhir.

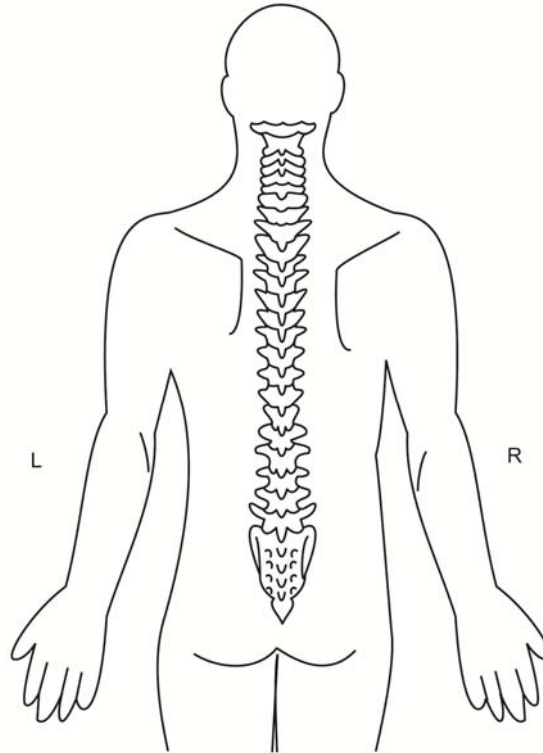
RIWAYAT MEDIS KELUARGA: Informasi mengenai anggota keluarga, adik, kakak, orangtua dan kakek nenek anda akan memberikan gambaran yang lebih jelas pada kami tentang kondisi kesehatan anda.

HUBUNGAN	MASALAH KESEHATAN YANG SEDANG DAN PERNAH DIALAMI

RIWAYAT MEDIS PASIEN: Informasi mengenai riwayat anda dalam menghadapi skoliosis. Muatlah informasi tentang kapan skoliosis anda pertama kali terdiagnosa, bagaimana perkembangannya, gejala-gejala yang berhubungan maupun yang tidak berhubungan dengannya, kapan dan tipe perawatan seperti apa yang anda terima, dan segala informasi lainnya yang belum didiskusikan di atas yang ingin anda sampaikan pada Dr. Kevin Lau.



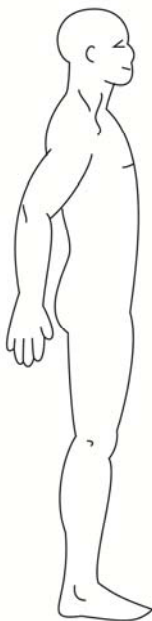
Gambarkanlah skoliosis anda jika memungkinkan.



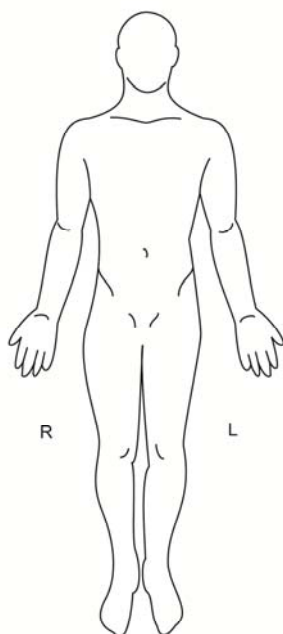
Back

Mohon tandai bagian-bagian yang terasa sakit pada model di bawah ini.

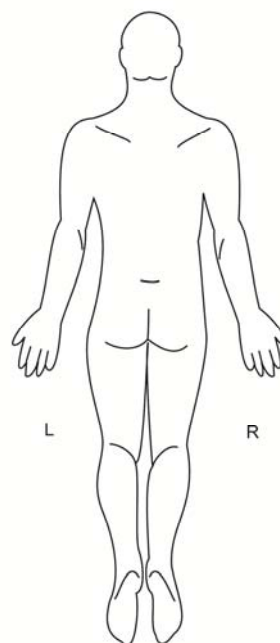
KUNCI	Mati Rasa	Kesemutan	Tegang	Sakit
	OOOOO	●●●●●	XXXXX	VVVVV



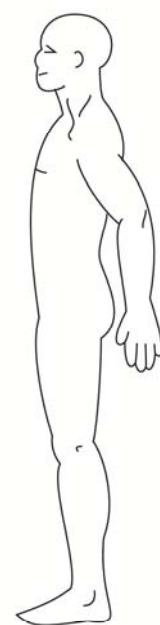
Right



Front



Back



Left