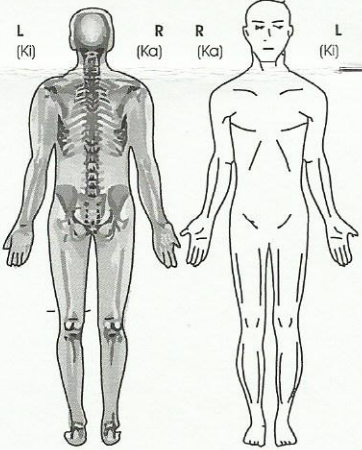


<b>TANGGAL:</b> <b>DATE:</b>		<b>TGL LAHIR:</b> <b>D.O.B:</b>		<b>USIA:</b> <b>AGE:</b>
<b>NAMA:</b> <b>NAME:</b>		<input type="checkbox"/> PRIA/MALE	<input type="checkbox"/> MENIKAH/MARRIED	<input type="checkbox"/> LAJANG/SINGLE
		<input type="checkbox"/> WANITA/FEMALE	<input type="checkbox"/> BERCERAI/DIVORCED	<input type="checkbox"/> DUDA, JANDA/WIDOWED
<b>ALAMAT:</b> <b>ADDRESS:</b>			<b>KOTA :</b> <b>CITY :</b>	<b>KODE POS:</b> <b>POST CODE:</b>
<b>TELPON RUMAH:</b> <b>HOME PHONE:</b>	<b>HP:</b> <b>CELL:</b>	<b>TELPON KANTOR:</b> <b>OFFICE PHONE:</b>		
<b>E-MAIL:</b>				
<b>NAMA PASANGAN:</b> <b>SPOUSES NAME:</b>		<b>JUMLAH ANAK:</b> <b>NO. OF CHILDREN:</b>	<b>USIA ANAK:</b> <b>CHILDREN AGE:</b>	
<b>NAMA KANTOR:</b> <b>BUSINESS NAME:</b>		<b>JABATAN:</b> <b>JOB TITLE:</b>		
<b>ALAMAT KANTOR:</b> <b>OFFICE ADDRESS:</b>				
<b>DI REFERENSIKAN KE TEMPAT KAMI OLEH:</b> <b>REFERRED TO OUR PRACTICE BY</b>				
<b>CURRENT HEALTH CONDITION</b>				
<b>KELUHAN UTAMA:</b> <b>CHIEF COMPLAINT:</b>				
<b>PLEASE ILLUSTRATE AFFECTED AREAS</b> <b>GAMBARKAN DAERAH YANG BERMASALAH</b>		<b>MASALAH KESEHATAN LAIN:</b> <b>OTHER HEALTH PROBLEM:</b>		
				
		<b>KECELAKAAN MOTOR/MOBIL, KAPAN:</b> <b>VEHICLE ACCIDENT, WHEN:</b>		
		<b>CEDERA:</b> <b>INJURY:</b>		
		<b>CEDERA KARENA YG LAINNYA, KAPAN:</b> <b>OTHER PERSONAL INJURIES, WHEN:</b>		
		<b>CEDERA:</b> <b>INJURY:</b>		
<b>PERNAH KE TERAPI TULANG BELAKANG SEBELUMNYA?</b> <b>PREVIOUS SPINAL CARE:</b>	<b>JIKA YA, NAMA:</b> <b>IF YES, NAME:</b>		<input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> NO	
<b>SEJARAH KANKER KELUARGA?</b> <b>CANCER HISTORY IN THE FAMILY?</b>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> YES	<b>JELASKAN</b> <b>EXPLAIN</b>	<input type="checkbox"/> TIDAK <input type="checkbox"/> NO	
<b>OBAT YG ANDA KONSUMSI SEKARANG:</b> <b>MEDICATION YOU'RE TAKING NOW:</b>				
<b>ANDA MENGGUNAKAN:</b> <b>DO YOU WEAR:</b>	<input type="checkbox"/> PENYANGGA LEHER <input type="checkbox"/> NECK SUPPORT	<input type="checkbox"/> KORSET PINGGANG <input type="checkbox"/> BACK SUPPORT	<input type="checkbox"/> SOL TAMBAHAN <input type="checkbox"/> IN SOLES	<input type="checkbox"/> LAINNYA <input type="checkbox"/> OTHERS
<b>OLAHRAGA:</b> _____ <b>KALI SEMINGGU, JENIS:</b> <b>EXERCISE:</b> _____ <b>TIMES PER WEEK, TYPE:</b>				
<b>JENIS PEKERJAAN:</b> <b>WORK TYPE:</b>	<input type="checkbox"/> DUDUK <input type="checkbox"/> SITTING	<input type="checkbox"/> BERDIRI <input type="checkbox"/> STANDING	<input type="checkbox"/> ANGKAT RINGAN <input type="checkbox"/> LIGHT LIFTING	<input type="checkbox"/> ANGKAT BERAT <input type="checkbox"/> HEAVY LIFTING
			<input type="checkbox"/> KOMPUTER/P.C. <input type="checkbox"/> LAPTOP	
<b>KONSUMSI ALKOHOL:</b> <b>ALCOHOL CONSUMPTION:</b>	<input type="checkbox"/> TIDAK PERNAH <input type="checkbox"/> NEVER	<input type="checkbox"/> SETIAP HARI <input type="checkbox"/> DAILY	<input type="checkbox"/> SEMINGGU SEKALI <input type="checkbox"/> WEEKLY	<input type="checkbox"/> SESEKALI <input type="checkbox"/> SOCIAL ONLY
<b>MEROKOK:</b> <b>SMOKING:</b>	<input type="checkbox"/> TIDAK PERNAH <input type="checkbox"/> NEVER	<input type="checkbox"/> BERHENTI MEROKOK <input type="checkbox"/> QUIT SMOKING	<input type="checkbox"/> HIDUP DGN PEROKOK <input type="checkbox"/> LIVE WITH A SMOKER	<input type="checkbox"/> PEROKOK _____ BUNGKUS/HARI <input type="checkbox"/> SMOKER _____ PACK/DAY
<b>TINGKAT STRESS TINGGI, ALASAN:</b> <b>HIGH LEVEL STRESS, REASON:</b>				
<b>ALERGI:</b> <b>ALLERGIES:</b>				