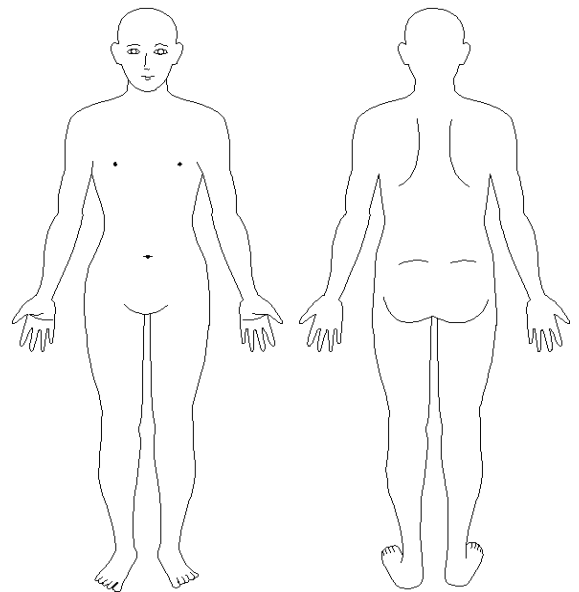


年 月 日

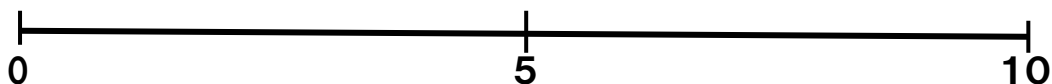
① 現在、お困りの症状は何ですか？(複数回答可)

痛みがある 動きが悪い
痺れている 感覚が鈍い
ひきつる 休憩しながら歩く
怪我をした(傷がある・骨折しているかもしれない)
特に困っていないが、心配で来院した。相談したい。
その他()



② 困っている場所を右図に記入して下さい。

③ 痛みの度合いの程度を大体で印をつけてください。
(0:全く痛くない、10:最も強い痛み)



④ だいたい、いつからですか？

3年以上前から 1~3年 6か月~1年 3か月~6か月 1か月~3か月
2週間~1か月 1週間~2週間 この1週間以内
*具体的にいつからか日が分かれば記入してください。
()

⑤ 日常生活の体の負担について該当する項目があれば教えてください。(複数回答可)

力仕事を伴う仕事 長時間の運転を伴う仕事 スポーツ活動が多い デスクワーク
特になし *その他、申告しておきたい体の負担 ()

⑥ 何かきっかけがありますか？(複数回答可)

特に原因がわからない 転倒した 捻った ぶつけた 運動 重いものを持ってから
*具体的な状況がわかれば簡潔に書いてください
()

⑦ 煙草を吸いますか？

吸わない 吸う 1日()本ぐらい 過去に吸っていた

⑧ アルコールを飲みますか？

毎日 週半分以上 週に1、2度 月に数回 ほとんど飲まない 全く飲まない

⑨ 現在の症状に対して他院でお薬の処方や注射を受けましたか？

整形外科で受けた 内容()
整形外科以外で受けた 内容()
受けていない

⑩ 現在の症状に対して他院で MRI 検査を受けたことがありますか？
受けた いつごろ？() 受けたことがない

⑪ 今までの病気をお聞きします。わかる範囲でお答えください。

1. 整形外科以外の病気

特になし

高血圧 糖尿病 心臓病(病名:) 肝臓病(病名:)

腎臓病(病名:) 胸部、肺の病気(病名:)

脳・血管の病気(病名:) その他の病気()

上記で現在処方を受けているお薬の内容

特になし あり()

2. 整形外科の病気

椎間板ヘルニア(くび、 こし) 脊柱管狭窄症(くび、 こし)

腰椎分離症 腰椎すべり症 頸部捻挫 腰部捻挫

頸椎症 変形性腰椎症 頸椎後縦靭帯骨化症

圧迫骨折 手根管症候群(右、左) 肘部管症候群(右、左)

変形性股関節症 変形性膝関節症 関節リウマチ

骨折(部位:)

その他()

上記で現在処方を受けているお薬の内容(⑨の回答以外にあれば)

特になし あり()

⑫ 過去に手術を受けたことがありますか？あれば記入してください。

特になし

(年 病名: 手術名:)

(年 病名: 手術名:)

(年 病名: 手術名:)

⑬ 食品または薬のアレルギーはありますか？

ある 内容()・ない

⑭ 女性の方にお聞きします。妊娠されていますか？

はい (週)・いいえ

⑮ その他、申告したい内容があればご記入ください。

特になし

あり()

⑯ 歯医者に通院中ですか？

はい いいえ

年 月 日

ふりがな	
氏 名	(男 ・ 女)
生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日生 (満 才)
住 所	〒 (ー)
電 話 番 号	自宅番号 () 携帯番号 ()
緊急連絡先	氏 名 関係 () 電話番号 ()