

I D

(フリガナ)

氏名 _____ (男 ・ 女)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住所 _____

自宅電話 _____

日中連絡が取れる連絡先 _____

職業 _____

* 紹介状・レントゲン、CT、MRIなどの画像・お薬手帳は、診察の前に必ず受付にお出し下さい。

“ 0 ” を「痛みはない」状態、“ 100 ” を「これ以上の痛みはないくらい痛い（これまで経験した一番強い痛み）」状態として、現在の痛みが直線上のどの位置にあるかご記入をお願いします

《痛み》

0 | _____ | 100

(右・左・両) (腰・下肢・臀部)

《しびれ》

0 | _____ | 100

(右・左・両) (下肢・臀部)

身長: cm

体重: kg

問診表

1・本日、受診される症状についてお答えください。

1) 今日、どのような症状で来院されましたか。

右の図に、痛み(赤)・しびれ(青)で図示して下さい。

2) その症状は、いつからですか。

3) その症状で、一番困っていることは、どのようなことですか。

4) その症状で、他の医院などで、診療を受けていますか？(はい・いいえ)

⇒はいの方

・診療を受けているのは、どちらですか。

医院名() 医師名()

・どのような治療を受けていますか。

・医師から、どのように説明を受けていますか。

5) 過去に、腰・首の手術を受けたことはありますか。(はい・いいえ)

⇒はいの方(いつ、どこで、どんな手術を受けましたか。担当医も記入下さい。)

・ 年 月:

2・今までに次の病気にかかったことはありますか。(あるの方は、○印をつけて下さい。)

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 喘息 ・ 心臓疾患(病名:) ・ 脳疾患(病名:)

精神科・心療内科(病名:) ・ 腎臓病 ・ その他()

3・現在、治療中の病気はありますか。(はい・いいえ)

病名()

服用している薬は、ありますか。(はい・いいえ)⇒お薬手帳をお出し下さい。

4・薬や造影剤のアレルギーはありますか。

はい(その薬剤名:)・いいえ

5・現在妊娠中または可能性はありますか。

はい ・ いいえ

当院をどのようにして、お知りになりましたか。

かかりつけ医の紹介(紹介医: 先生) ・ 親戚・知人からの紹介()

TV・雑誌 ・ インターネット ・ その他()

