

脊椎ドック 問診票

ID : _____

フリガナ

氏名 _____

生年月日 M.T.S.H 年 月 日 年齢 _____ 歳

〒

住所 _____

電話番号 (_____) _____

(1) 今までに、頸部・背部・腰部を傷めた事がありますか (はい ・ いいえ)

「はい」の方はお分かりになる範囲でご記入ください。

・該当する部位に○をお付けください。 頸部 ・ 背部 ・ 腰部

・原因： 交通事故・転倒・転落・その他 (_____)

・症状：

(2) 今までに大きな病気をしたことがありますか。

はい → 高血圧・高脂血症・不整脈・心臓疾患・糖尿病・喘息・胃十二指腸疾患
肝臓病・腎臓病・婦人科疾患・泌尿器科疾患・その他 (_____)

いいえ

(3) 今までに手術を受けられた事がありますか。

はい → 何の手術でしたか (_____)

いいえ

(4) 該当する箇所を○で囲んでください。

- | | | |
|----------------------|-----|-----------------------|
| a) 痛みがある | いいえ | ・ はい (頸部 ・ 背部 ・ 腰部) |
| b) 頭痛・肩こりがする | いいえ | ・ ときどき ・ はい |
| c) しびれを感じる | いいえ | ・ はい (手…右・左 足…右・左) |
| d) むくみを感じる | いいえ | ・ はい (手…右・左 足…右・左) |
| e) 筋力低下を感じる | いいえ | ・ はい (手…右・左 足…右・左) |
| f) 左右の足の太さが違う | いいえ | ・ はい |
| g) 休まないと 500m以上歩きにくい | いいえ | ・ はい |
| h) 足を伸ばして眠れない | いいえ | ・ はい |

(5) その他、ご心配な事がありましたら記入してください。

