

# 診察を受けられる前にご記入下さい

氏名: \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

① a. 今日は、どのような症状で来院されましたか。

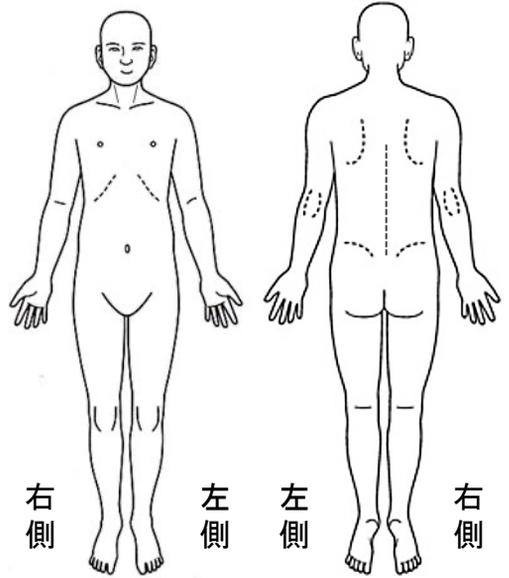
[ \_\_\_\_\_ ]

b. その症状はいつ頃からですか？

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

c. 症状(痛み・しびれなど)について図に記入してください。

痛み: ○印、しびれ: ///



右側 左側 左側 右側

d. 思い当たる原因がありますか？

- ・いいえ
- ・はい(交通事故・仕事中・その他 \_\_\_\_\_)

② 今回、他の病院で診察を受けられましたか？

- ・いいえ
- ・はい 病院名 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_

③ 職業についてご記入下さい (○印をお願いします)

- a. 社会人 仕事(ある・なし)  
姿勢 (立つ・中腰・坐位) (手作業・重労働)
- b. 学生 (スポーツ ある・なし)  
スポーツ内容 \_\_\_\_\_  
頻度 1週間に \_\_\_\_\_ 日間

④ アレルギー体質といわれたり、飲んではいけない薬がありますか？

- ・ない
- ・ある 薬の名前 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ アレルギー

歯科で痛み止めの注射後に、気持ち悪くなったことがありますか？

- ・ない
- ・ある
- ・打った事がない

⑤ 今までに次の病気にかかったことはありますか？

- ・ない
- ・ある (ある場合には○印をお願いします)
- ・高血圧
- ・高脂血症
- ・心臓病
- ・糖尿病
- ・脳梗塞
- ・リウマチ
- ・喘息
- ・肝臓病
- ・腎臓病
- ・痛風
- ・その他 \_\_\_\_\_

⑥ 家族の方で次の病気にかかったことはありますか？

- ・ない
- ・ある (○印をお願いします)
- ・糖尿病
- ・喘息
- ・結核
- ・ガン(悪性腫瘍)
- ・変形性関節症(股・膝)

⑦ 現在、治療中の病気(ケガ)がありますか？

- ・いいえ
  - ・はい  
\_\_\_\_\_ 科、 どのような病気で:  
\_\_\_\_\_ 科、 どのような病気で:
- 服薬中の薬はありますか？ ・いいえ ・はい  
どのような薬ですか。 内容

⑧ 今までに入院したり、手術を受けたことはありますか？

- ・ない
  - ・ある
- それはいつ頃で、どのような内容ですか？

⑨ お酒やタバコを飲みますか？

- ・ない
- ・ある
- ・タバコ \_\_\_\_\_ 本/日
- ・酒 \_\_\_\_\_ 合/日
- ・ビール \_\_\_\_\_ 本/日

⑩ 女性の方へ

- a. 現在の症状が生理と関係ありますか？ ・ある ・ない
- b. 現在妊娠中ですか？ ・はい ・可能性あり ・いいえ
- c. 閉経されている場合 閉経( \_\_\_\_\_ 才頃)

⑪ 以前に当院を受診したことがありますか？

- ・ない
- ・ある

⑫ 人工関節手術を検討するための受診ですか？

- ・はい
- ・いいえ