

頸髄症・頸部椎間板ヘルニア・後縦靱帯骨化症初診問診票

西暦 20 年 月 日

\*[個人情報保護法]に基づき差し支えない範囲内でお答えください。

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 ( ) 才 職業 (過去も含 )  
 身長 ( ) cm 体重 ( ) kg

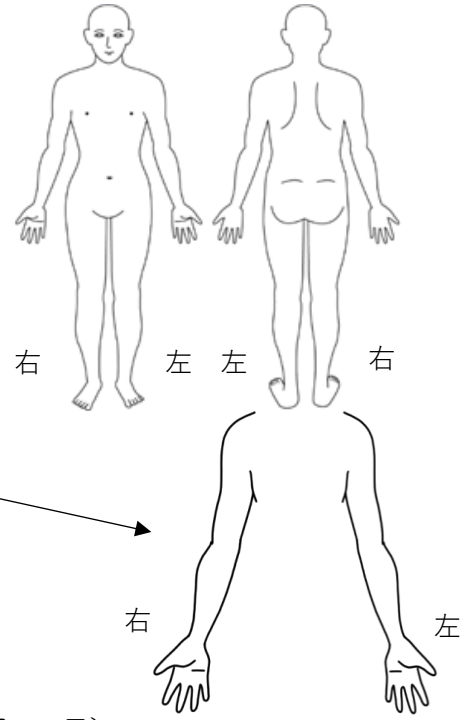
1. 今日どのような症状で来院されましたか？

\*該当する症状に○を付けてください

痛みがある  しびれる  感覚が鈍い   
 動きが悪い   
 その他 ( )

- ・首の痛みはありますか 有る  ない
- ・歩行は可能ですか 問題ない  むずかしい   
 階段は手すりが必要  いらぬ
- ・手指の運動は 問題ない  むずかしい   
 ボタン 可能  むずかしい   
 書字 可能  むずかしい
- ・しびれ痛みのある所に○をつけてください
- ・頻尿、多尿、残尿感などの症状はありますか  
 排尿 → 回/日 残尿感 尿漏れ  
 夜間特に多い 夜 ( ) 回

\*症状のある部位に○印を付けてください



2. これらの症状はいつ頃からですか？

3. その症状で他の医療機関に通院していますか？

- 1) なし
- 2) あり→病院名 ( ) 受診日 ( 年 月 日 )  
 紹介状をお持ちですか？: あり ・ なし  
 そこでは何と言われましたか？ (治療内容等 )

4. 今までにかかった病気や、受けた手術はありますか？

- 1) なし
- 2) あり→病名 ( ) 年 月頃 病院名 ( )  
 病名 ( ) 年 月頃 病院名 ( )  
 手術 ( ) 年 月頃 病院名 ( )

5. 現在治療中、通院中の病気はありますか？

- 1) なし
- 2) あり→病名 ( ) 年 月頃 病院名 ( )  
 治療内容 ( )

6. 現在処方されている・服用している薬はありますか？

\*お薬手帳等を持参されている方は、コピーをとらせていただきますので記入は不要です。  
 お薬手帳等以外に内服されている薬品があれば、記入してください。

- 1) なし 2) あり→薬 ( )  
 ( 回/日 ) ( 年 月頃~服用)

7. アレルギーはありますか？

- 薬品アレルギー ない 不明 あり→ ( ) 症状 ( )
- 造影剤アレルギー ない 不明 あり→ ( ) 症状 ( )
- 金属アレルギー ない 不明 あり→ ( ) 症状 ( )
- 食品アレルギー ない 不明 あり→ ( ) 症状 ( )
- その他: 喘息 ・ 花粉症 ・ アトピー ・ ゴム

8. この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？

- 1) なし
- 2) あり→受診時期 ( 年 月頃) 指摘事項 ( )

9. 女性の方へ 現在、妊娠されていますか？

- 1) なし 閉経 ( 才 )
- 2) あり→妊娠 \_\_\_\_\_ 週 最終月経 ( 年 月 日 )
- 3) 不明

独立行政法人国立病院機構村山医療センター・外来

(職員記入欄) ID : \_\_\_\_\_