

腰部脊柱管狭窄症・腰椎すべり症・腰部椎間板ヘルニア初診問診票

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。

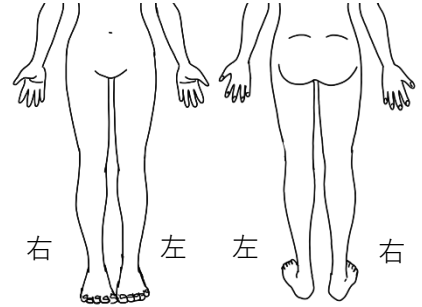
氏名 _____ 男・女 () 才. 職業 (過去も含) _____)
 身長 () cm 体重 () kg

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 ()

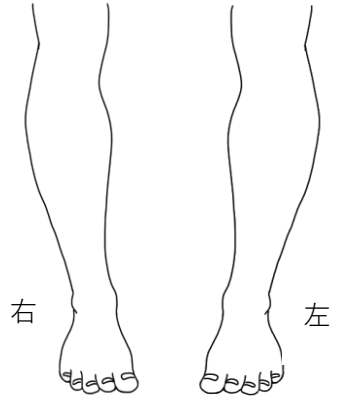
*症状のある部位に○印を付けてください



- 腰痛はありますか ある ない
- 歩行は可能ですか 問題ない むずかしい
- 休まずに何 m 歩けますか () m
- 足先に痛みはありますか

*痛みのある部位に○印を付けてください
 親指側ですか小指側ですか

- 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



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→ ()
- (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