

腰椎ドック問診票

記入日	年 月 日 ()	診察券番号	* 当院で記入します
氏名	男 女	住所	
生年月日	昭・平 令 年 月 日 歳	連絡先 電話番号	

①今までに頸部・胸部・腰部を傷めたことはありますか はい いいえ

「はい」の方は、ご記入ください（わかる範囲で結構です）

頸部 胸部 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 : 脳疾患 ・ 心疾患 ・ 肝臓疾患 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 腎臓疾患
肺結核 ・ アレルギー疾患 ・ 婦人科疾患 ・ 泌尿器疾患

その他 []

いいえ

③今までに手術を受けたことがありますか

はい : 手術名 []

いいえ

④該当するものに○をつけてください

△痛みがある いいえ ・ はい (頸部 ・ 胸部 ・ 腰部)

△頭痛・肩こりがある いいえ ・ はい

△しびれを感じる いいえ ・ はい (手 : 右 左 足 : 右 左)

△むくみがある いいえ ・ はい (手 : 右 左 足 : 右 左)

△筋力低下を感じる いいえ ・ はい (手 : 右 左 足 : 右 左)

△足に力が入らない いいえ ・ はい

△長く歩けない いいえ ・ はい

△足を伸ばして眠れない いいえ ・ はい

⑤その他、ご心配なことがありましたらご記入ください