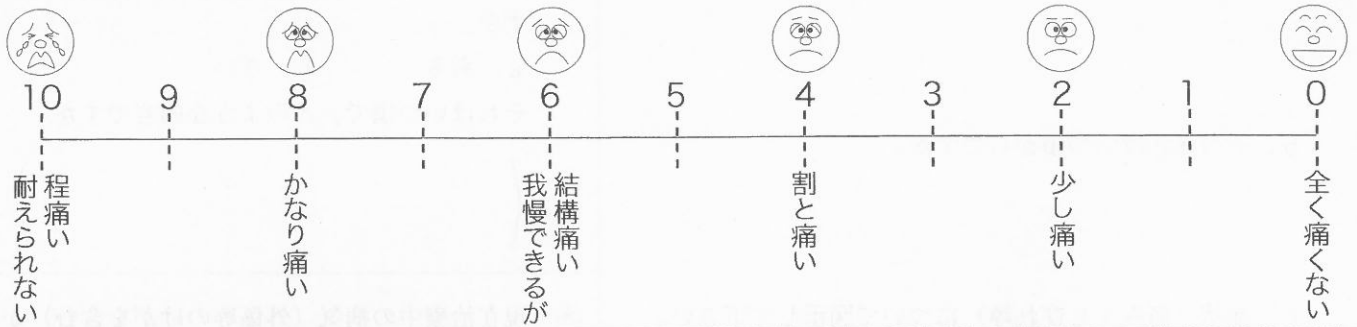


☆診察を受けられる前に両面ご記入ください。

(この書面については、当院で定めた利用目的の範囲内で利用致します。)

◆今の痛みの程度を数字でいえばいくつに相当しますでしょうか？横線上に×印をつけて下さい。



※腰痛のある方のみお答え下さい。(腰痛以外の方は結構です。)

◆該当する番号を○で囲み、点数を合計して下さい。

- A. 現在腰痛はありますか？
0. 常に激しい腰痛がある。(寝返りも難しい)
 1. いつも腰痛、あるいはときにかかなりの腰痛(歩けないほど)がある。
 2. ときに腰痛が気になる。
 3. 全く腰痛がない。
- B. 下肢(お尻～足)の痛みやしびれはありますか？
0. 常に激しい下肢痛、しびれがある。
 1. いつも下肢痛、しびれ、あるいはときにかかなりの下肢痛、しびれがある。
 2. ときに痛み、しびれが気になる。
 3. 全く痛みやしびれがない。
- C. 歩行に伴う不都合はありますか？
0. 続けて歩ける距離は100m以下である。
 1. 100m～500mで休まなければならない。
 2. 500m以上歩けるが痛みやしびれを伴う。
 3. 正常に歩行できる。
- D. 足の感覚が鈍いように感じますか？
0. 鈍く感じる。
 1. 時々鈍いと思うことがある。
 2. 正常である。
- E. 足の力はどうですか？
0. 立ってズボンがはけない、足首をひねりやすい、あるいはスリッパが抜けやすい。
 1. 時々(0)のようなことがある。
 2. 正常である。
- F. 寝返りはどうですか？
0. 困難である。
 1. ときに困難なことがある。
 2. 簡単にできる。
- G. 座った姿勢から立ち上がるのはどうですか？
0. 困難である。
 1. ときに困難なことがある。
 2. 簡単にできる。
- H. 洗顔はどうですか？
0. 困難である。
 1. ときに困難なことがある。
 2. 簡単にできる。
- I. 中腰の作業はどうですか？
0. 困難である。
 1. ときに困難なことがある。
 2. 簡単にできる。
- J. 長時間座っていることはどうですか？
0. 困難である。
 1. ときに困難なことがある。
 2. 簡単にできる。
- K. 重いもの(10kg程度)を持ち上げることはどうですか？
0. 困難である。
 1. ときに困難なことがある。
 2. 簡単にできる。
- L. 駆け足はどうですか？
0. 困難である。
 1. ときに困難なことがある。
 2. 簡単にできる。
- M. あお向けに寝て悪い方の脚を膝を伸ばして何度程挙上できますか？
0. SLRは30°未満。
 1. 30°～70°の範囲。
 2. 70°以上挙げれる。
-
- N. 排尿はどうですか？(マイナス点)
- 6. 尿が出せない、あるいはもらしてしまう。
 - 3. 勢いが弱い、残った感じがする、あるいは尿回数が多い。(夜間に2回以上)
 0. 正常である。

合計 () 点 / 満点29点

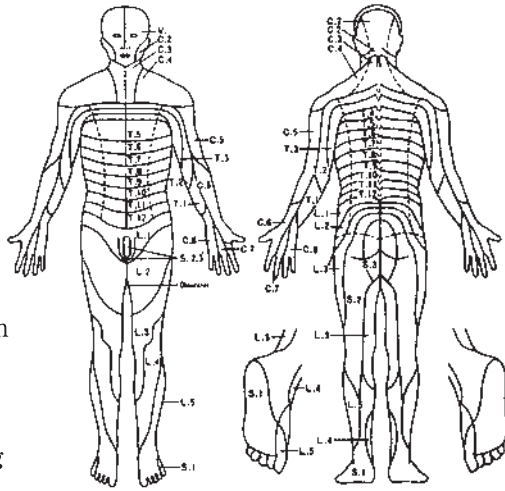
☆診察を受けられる前に両面ご記入ください。

ID _____

(この書面については、当院で定めた利用目的の範囲内で利用致します)

氏名 _____ 様 (才) 受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- 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。
- c. 症状(痛み・しびれ等)について図示して下さい。
(痛み-赤ペン、しびれ-黒ペンで色をぬってください)



身長 _____ cm

体重 _____ kg

- ⑤ 今までにかかった病気や外傷をすべて記入して下さい。またその経過についてご記入下さい。

[例] ・40才頃 病名： 高血圧
 (他院にて内服治療中)
 ・55才頃 病名： 左肩の骨折
 (手術して完治)

- ・ 才頃 病名： _____
 (_____)
 ・ 才頃 病名： _____
 (_____)
 ・ 才頃 病名： _____
 (_____)
 ・ 才頃 病名： _____
 (_____)

- ⑥ 現在飲んでいる薬剤名をご記入ください。

(_____)

- ⑦ ・タバコについて _____ ・飲酒について _____

- ある (本/日、 年間) ある
以前吸っていた 何を (_____)
 禁煙歴 (いつから： _____) どれくらい (_____)
なし なし

- ② 職業についてご記入下さい (項目に○印)

- a. 社会人 仕事 (ある ・ なし)
 姿勢 (立つ・中腰・座位) (手作業・重量物)
 その他 (_____)
- b. 学生 (スポーツ ある・なし)
 スポーツ名 (_____)

- ⑧ 女性の方をお願いします。

- ・現在妊娠の可能性はありますか (ある・なし)
 ・最終月経 (月 日)
 ・閉経 (歳)

- ③ アレルギー及び内服薬・造影剤等薬剤による過敏症状についてご記入下さい。

- ・薬物 (有・無) (薬剤名： _____)
 ・食物 (有・無) (_____)
 ・金属 (有・無)
 ・絆創膏かぶれ (有・無)
 ・その他のアレルギー (有・無) (_____)

- ⑨ 家族の方(両親・祖父母)で次の病気にかかったことがありますか。

- (ある場合は○印をお願いします)
- 高血圧 高脂血症 心臓病 糖尿病
 喘息 脳梗塞 リウマチ 痛風
 肝臓病 腎臓病 癌(悪性腫瘍)

- ④ 今までに次の病気にかかったことがありますか。
(ある方は治っているものを含め、○印をお願いします)

- 高血圧 高脂血症 心臓病 糖尿病 喘息
 脳梗塞 リウマチ 痛風 肝臓病 腎臓病
 癌(悪性腫瘍)

- ⑩ 家族構成を記入し、一緒にお住まいの方を○で囲んでください。

男性-□ 女性-○ 本人-◎

[例] 4人家族の場合

