

ID _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

問診票（腰痛）

フリガナ		男・女	歳	生年月日			
氏名				昭・平・令	年	月	日
住所							
電話番号	(携帯電話)						(自宅)or(家族)

・職業（仕事内容）

・身長 _____ cm、 体重 _____ kg

・他院で治療中ですか？

受診していない 以前受診した 今も受診している 病院・医院名 _____

・今までにかかった病気や受けた手術はありますか？ はい いいえ

上記で「はい」と答えた方は詳細を選択してください

高血圧 糖尿病 胃十二指腸潰瘍 心臓病 腎臓病 肝臓病 脳梗塞/脳卒中 喘息

痛風（高尿酸血症） 癌・悪性腫瘍 心療内科・精神科疾患 その他

手術名 _____ いつ頃 _____

・薬を飲んでいますか はい いいえ

上記で「はい」と答えた方はわかる範囲でお薬の名前を教えてください

・薬や食べ物にアレルギーはありますか？

はい（原因： _____ 、どのような症状： _____ ）

いいえ

・普段から運動をされていますか？

はい（どのような運動： _____ ） いいえ

・（女性のみ）妊娠中または授乳中ですか？ 妊娠中 _____ 週 授乳中 いいえ わからない

・マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報取得に同意しますか？

はい いいえ

・当院を受診したきっかけは何ですか？ ご家族の紹介 ご友人の紹介 ホームページをみて

検索サイト 通りがかり

裏面にて腰痛についてお聞きします。ご記入をお願いします。

腰痛について

1) いつ頃からですか？

- 本日の () 時から () 日前から () 週くらい前から
 () カ月くらい前から () 年くらい前から わからない

2) どのように始まりましたか？

- 突然出始めた (それまで何も痛みがなかったが、ある瞬間を境にいきなり痛みが出始めた)
 急に出始めた (数分で痛みがピークに達した) 徐々に出始めた (気が付いたら痛みが出ていた)
 わからない その他きっかけなど ()

3) 症状はよくなっていますか？悪くなっていますか？

- 悪くなり続けている 良くなってきている 程度はずっと変わらない
 良くなったり悪くなったりしている

4) 痛みの強さはどうですか？

- 今まで経験したことがない人生最大の痛み
 我慢できないほどの痛み (人生最大ではないが、横になっても痛い)
 我慢できるほどの痛み
 違和感程度
 わからない
 その他 ()

5) しりもちをついたり、腰をぶついたりしましたか？

- いいえ はい

6) 悪性腫瘍 (がん) の既往歴はありますか？

- いいえ はい

7) アルコールを多く飲まれますか？

- いいえ はい (例：ほぼ毎日ビール・酎ハイ 1000ml 以上、日本酒 2 合以上、ワイン 400ml 以上など)

8) 他に当てはまる症状を選んでください

- なし
 熱がある () °C 悪寒戦慄 (体がガタガタと震えて、温めても震えが止まらない)
 腰だけでなく背中も痛い この数カ月で体重が急に減ってきた
 便失禁、便意を感じられない 尿を出したくても出せない
 夜間も痛い 安静に横になっても痛い
 痛みで歩けない するどい焼けるような痛み・しびれが足に及ぶ
 尿に血が混じる (ピンク色、赤色、茶色)
 その他 ()