

ID _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

問診票 (しびれ)

| | | | | | | | |
|------|--------|-----|---|-------|---|---|------------|
| 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

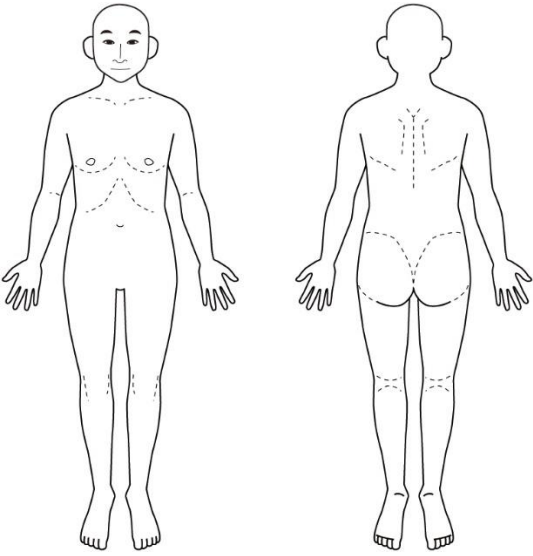
・当院を受診したきっかけは何ですか？ ご家族の紹介 ご友人の紹介 ホームページをみて

検索サイト 通りがかり

裏面にてしびれについてお聞きします。ご記入をお願いします。

しびれについて

1) しびれている部位を○で囲んでください



2) 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
 それ以上前から 交通事故や頭・首・腰のケガなど、きっかけあり ()

3) 下記に当てはまりますか？

- 糖尿病を指摘されている 抗がん剤の治療を受けた 甲状腺の病気を指摘されている
 お酒を多く飲む (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)

4) しびれは悪化していますか？

- 悪化している 横ばい、良くなってきている

5) しびれている部位の力の入りにくさはありますか？

- 力が入りにくい 力が入る

6) しびれはいつ感じますか？

- ずっと続いている
 朝起きた時 仕事終わりの夕方
 長く歩いた時 立っているとき 座っているとき 寝ているとき
 首を動かしたり、咳をししたりしたときに その他 ()

7) 他に当てはまる症状を選んでください

- なし
 ろれつが回らない ものが二重に見える 食べ物を飲み込みづらい ふらつき 力が入りにくい めまい 皮疹 (皮膚の赤み、ブツブツ)
 尿が漏れてしまう 便が漏れてしまう 腰痛 疲れやすい、体がだるい
 その他 ()