

脊椎ドック 問診票

フリガナ		男 ・ 女	生 年 月 日	
氏 名			大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
住 所	結果を送付するため、お間違いのないようご記載ください 〒	TEL		
		携帯		
喫煙歴	あり(1日 本 年間・ 年前まで 年間)・なし			

① 本日の希望部位

くび むね こし

② 気になっている症状を教えてください。(複数可)

- 痛みがある
- 頭痛・肩こりがする
- しびれを感じる (右手 ・ 左手 ・ 右足 ・ 左足)
- むくみを感じる (右手 ・ 左手 ・ 右足 ・ 左足)
- 筋力低下を感じる (右手 ・ 左手 ・ 右足 ・ 左足)
- 左右の足の太さが違う
- 休まないと長距離が歩きにくい
- 仰向けで眠れない
- その他 ()

③ 現在治療中の病気はありますか？(複数可)

特になし・高血圧・糖尿病・心臓の病気・脳梗塞・胃潰瘍・腸の病気
腎臓の病気(透析:あり・なし)・リウマチ・膠原病・結核・腹部大動脈瘤
がん(部位)・その他 ()

④ 今までに入院や手術を受けたことはありますか？(はい・いいえ)

はいの方は下記にご記入ください。

入院・手術 (年 月 病名)
 入院・手術 (年 月 病名)
 入院・手術 (年 月 病名)

⑤ 当院をどのように知りましたか？○をつけてください。(複数可)

チラシ・LED看板・野立看板・電柱広告・ホームページ・紹介・近所
その他 ()