

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 ( )