

しびれ外来問診表

年 月 日

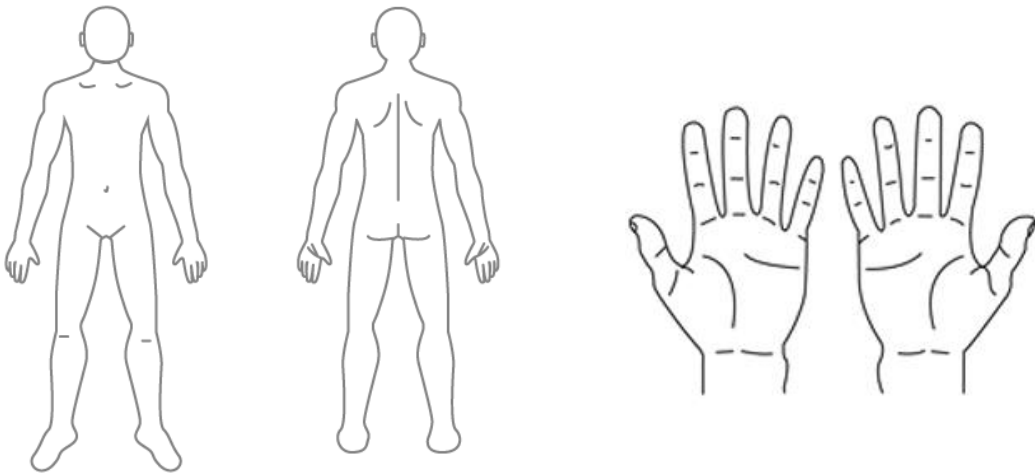
◆しびれはいつ頃からありますか

() 日前から () 週間前から () ヶ月前から () 年前から

◆どのようなしびれですか

(ジンジン、ピリピリ、ムズムズ、ズキズキ、感覚がない、など具体的に記載して下さい)

◆どこがしびれますか (しびれる部位に○を付けて下さい)



◆しびれはいつ感じますか

() 1 日中ずっと () 一定に姿勢を取った時 (歩行時・起立時など)
() 時々 () 朝起きた時のみ その他 ()

◆しびれ以外に他の症状はありますか

() 脱力 () 痛み () こわばり () 冷感 () 熱感
() 腫れ その他 ()

◆交通事故や頭・首・腰などのケガをされたことはありますか

はい (具体的に記載してください) () () いいえ