

# しびれ外来問診表

年 月 日

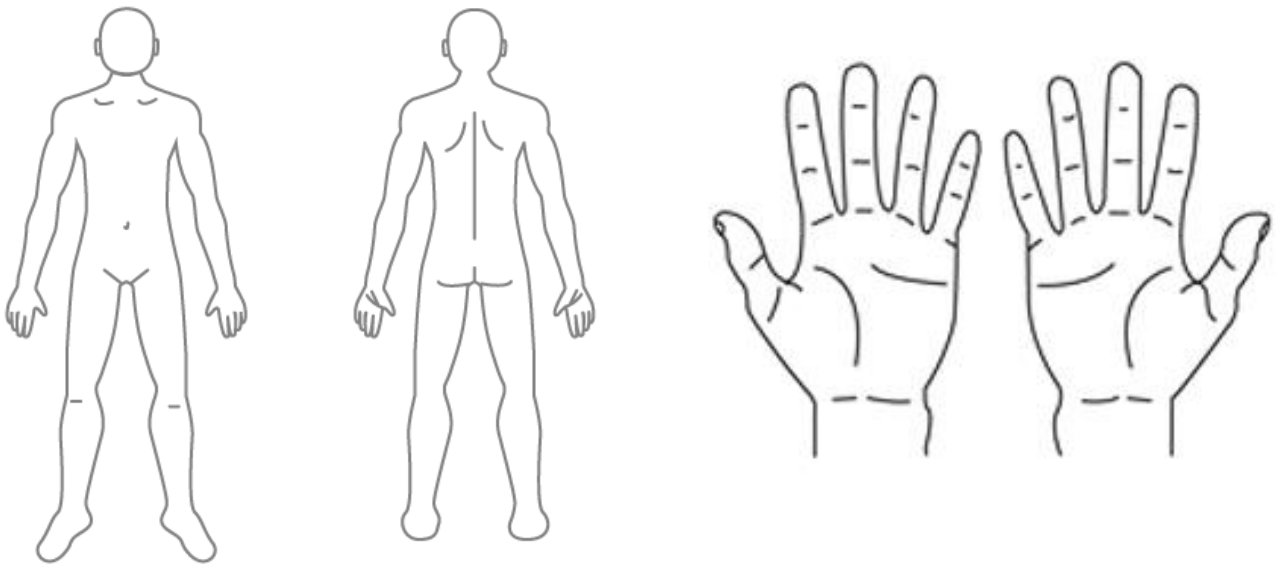
●しびれはいつ頃からありますか？

( ) 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？

( いいえ・はい )

はいの方は、具体的に記載してください( )

●いままでに、アレルギーなどはありましたか？

( いいえ・はい ) \_\_\_\_\_

●お薬・注射などで、気分が悪くなったことはありますか？

( いいえ・はい ) \_\_\_\_\_

●現在、他の病院・薬局で何か治療をされていますか？

( いいえ・はい ) \_\_\_\_\_

●今までにかかった病気(手術なども含む)などはありますか？

( いいえ・はい ) \_\_\_\_\_

●お薬手帳はお持ちですか？ ( いいえ・はい )

●アルコール類は、飲みますか？ ( いいえ・はい )

●タバコは、吸いますか？ ( いいえ・はい )

●(女性のみ)

現在妊娠している、または妊娠している可能性はありますか？( いいえ・はい )

授乳中ですか？ ( いいえ・はい )

# 診療申込書

初診・再診

NO.

年

月

日

ふりがな	
氏名	男・女
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 ( 歳 )
住所	〒
電話	( )
携帯電話	

緊急連絡先	氏名 (続柄: ) TEL ( )
-------	-------------------