

フリガナ
氏名 生年月日 . .
住所 Tel
職業
当院受診のきっかけ ・知人・家族の紹介（紹介者） ・ホームページ パンフレット 自宅から近い 職場から近い ・その他（）
妊娠している方のみ記入してください。 出産予定：（年 月 日） 週数：（）週
今までにかかった大きな病気 入院（ある・なし） 手術（ある・なし） 現在通院している（している・していない） 診療科（） 診断名（） いつから（） 薬の名称名（）
いつからはじまり、どのような状態ですか？
今一番つらい症状は、今回はいつごろから始まりましたか
どのような状態ですか（急に起こった・徐々に起こった） つらい時期（朝・昼・夕・深夜） つらい時期（イライラしたとき・常時・一定しない） つらい時期（春・夏・クーラーで・秋・冬・暖房で・季節の変わり目・梅雨時）
その症状は悪化傾向にありますか（はい、いいえ）
何もしなくても痛いですか？（はい、いいえ）
今回の症状が起こる前に 肉体的に無理をしましたか？（はい、いいえ） 精神的に無理をしましたか？（はい、いいえ） 風邪を引いていましたか？（はい、いいえ） 生活環境が変化しましたか？（はい、いいえ）

セラフィあけぼの橋 腰痛カウンセリングシート#2

今までかかった大きな病気がありましたら、以下の順序で上げてください
(ただし盲腸の手術以上)

1,年齢 2,症状 3, 診療所名 4,病名 5,処置 6,その後の経過

古傷はありますか？場所はどこですか？

今回の症状が起こると同時にでてきた症状や体調の変化などがありますか

◎痛みの部位：

◎違和感：

◎便秘・下痢・腹満・動悸・体重の減少・体重の増加

◎身体がだるい・のぼせ・ふらつき・こぶらがえり

◎膝裏の突っ張り

その他、なにか気づかれたことがございましたらご記入ください

今一番つらい症状についてお聞きします。

その症状は

- 1) 今回が初めて
- 2) 起こったことがある (歳頃)
- 3) 前からよく起こった

いつ頃から起こりましたか

(年・月・週) 何回くらい起こりますか

どのような時に起こることが多いと思いますか

今一番つらい症状は、全身的な体調の変化に合わせて変化しますか？

(変化する、変化しない、よく判らない)

常用薬：頭痛薬 血圧降下剤 鎮痛剤 睡眠薬 精神安定剤 ホルモン剤
ヒスタミン剤 便秘薬 経口避妊薬 漢方薬 その他

つらい動作姿勢

前に倒すとき

背中をそらしたとき

ひねる動作

横に倒す動作

殿部を触ったり押したりするときに痛む