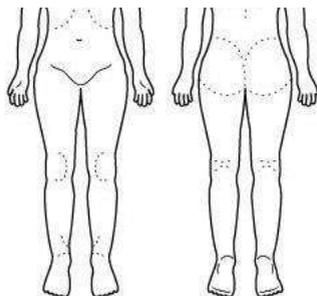


腰やお尻の痛み・下肢のしびれ

名前_____

痛みのある所に印をつけてください



※ 全ての記入をお願い致します

① 症状はいつからですか？ _____月 _____日から

② 症状が出たきっかけや原因はありますか？

_____ なし□

③ この症状で他の医療機関を受診されましたか？

いいえ□ はい□ 医療機関名_____

治療内容_____

④ チェックをしてください。

<腰を前に屈める> 痛くない□ 少し痛い□ 痛い□ かなり痛い□

<腰を後ろに反らす> 痛くない□ 少し痛い□ 痛い□ かなり痛い□

<下肢のしびれ> なし□ 右□ 左□ 両方□

<朝起き上がる時> 痛くない□ 少し痛い□ 痛い□ かなり痛い□

<少し歩くと休まない歩けなくなるが、休むとまた歩けるようになる>

いいえ□ はい□

<手持ちの腰用コルセットやベルトを持っている> いいえ□ はい□

<希望の治療内容> 内服□ 湿布□ 塗り薬□ 注射□ リハビリ□