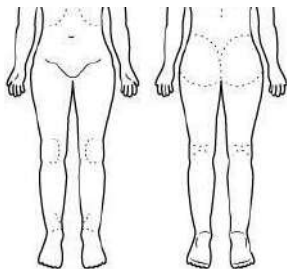


股関節の痛み

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 当てはまる症状にチェックをしてください。

圧痛□ 腫脹□

<歩く時に痛みがある> いいえ□ はい□ (足を引きずっている□)

<あぐらをする時> 痛くない□ 痛い□ 少し痛い□ かなり痛い□

<希望の治療内容> 内服□ 湿布□ 塗り薬□ 注射□ リハビリ□