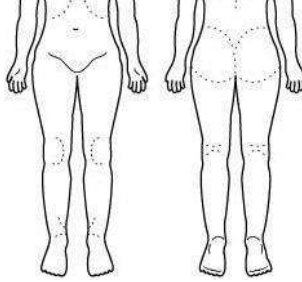


# 膝の痛み

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  発赤

<歩く時に痛みがある> いいえ  はい  (足を引きずっている )

<階段の昇り・降りで痛みがある> いいえ  はい

<ずっと座っていて動作を開始する時に痛みがある> いいえ  はい

<正座ができない> 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