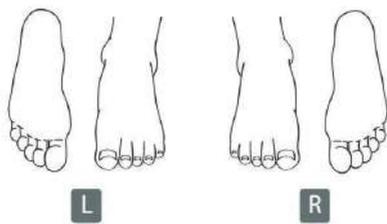


足首・足・足指の痛みやしびれ

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 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 しびれ

<歩く時に痛みがある> いいえ はい (足を引きずっている)

足・足指の方↓

<今までにも同様の症状が出たことがある> いいえ はい

<健康診断で尿酸値が高いと指摘されたことがある>

いいえ はい (尿酸値 _____ 採血日 _____)

足首の方↓

<今まで足を捻ったことがある> _____ 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