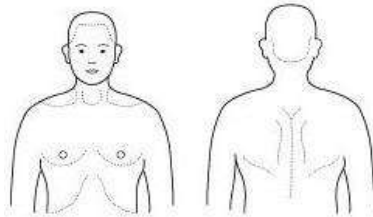


首・肩甲骨周囲の痛み

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 チェックをしてください。

<下を向くとき> 痛くない□ 少し痛い□ 痛い□ かなり痛い□

<上を向くとき> 痛くない□ 少し痛い□ 痛い□ かなり痛い□

<上肢のしびれ> なし□

両方の腕全体□ 右腕全体□ 左腕全体□

両方の指先のみ□ 右指先のみ□ 左指先のみ□

<希望の治療内容> 内服□ 湿布□ 塗り薬□ 注射□ リハビリ□