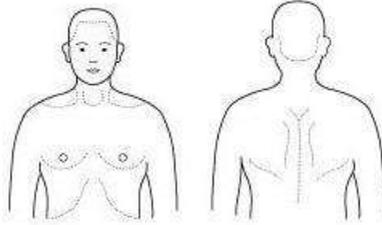


肩・二の腕の痛み

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。

<腕を真っ直ぐ前にあげる・バンザイする時>

右：痛くない 痛い 左：痛くない 痛い

<腕を体の横につけて外に広げる・脇を広げる時>

右：痛くない 痛い 左：痛くない 痛い

<腕を後ろに回してお尻～背中を触る時>

右：痛くない 痛い 左：痛くない 痛い

<肩の関節を押す時>

右：痛くない 痛い 左：痛くない 痛い

寝ている時に痛みで目が覚める > 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