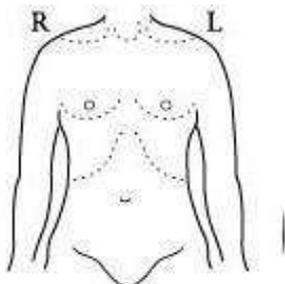


肘の痛み

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 しびれ

<肘を曲げる時に痛い> いいえ はい

<肘を伸ばす時に痛い> いいえ はい

中学生以上の方↓

<腕を真っ直ぐ前に伸ばして（手の平が下）手首を上を反らす時に痛い>

いいえ はい

赤ちゃん～小学校低学年の方↓

<バイバイする（手を振る）ことができる>

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