

問診票

お名前 _____ 生年月日 _____ 日付 _____

相談に先立ち、以下のフォームにご記入のうえ、上記のアドレスまでEメールでお送りください。問診票を受け取りましたら、初回相談のご予約設定のため、こちらからEメールでご連絡いたします。問診票の全質問にお答えください。検査結果などをお持ちでしたら、ここに記されていないその他の情報といっしょに、コピーを添付してください。情報はすべて厳密に守秘されます。現在あるいは過去の症状すべてに関し、その度合いをチェックしてください。責任をもってお引き受けするためには、あなたの完全な病歴が必要となります。

O = 時々

F = よくある

C = 常時

O F C

筋肉 / 関節

- ☐ ☐ ☐ 関節炎
☐ ☐ ☐ 滑液包炎
☐ ☐ ☐ 足の問題
☐ ☐ ☐ ヘルニア
☐ ☐ ☐ 下背部痛
☐ ☐ ☐ 腰痛
☐ ☐ ☐ 首の痛み、凝り
☐ ☐ ☐ 両肩の間の痛

み一般

- ☐ ☐ ☐ アレルギー
☐ ☐ ☐ 寒け
☐ ☐ ☐ 全身けいれん
☐ ☐ ☐ めまい
☐ ☐ ☐ 失神
☐ ☐ ☐ 疲労感
☐ ☐ ☐ 発熱
☐ ☐ ☐ 頭痛
☐ ☐ ☐ 不眠
☐ ☐ ☐ 体重減
☐ ☐ ☐ 神経過敏、うつ
☐ ☐ ☐ 神経痛
☐ ☐ ☐ しびれ
☐ ☐ ☐ 発汗
☐ ☐ ☐ ふるえ

O F C

皮膚

- ☐ ☐ ☐ おでき
☐ ☐ ☐ あざがしやすい
☐ ☐ ☐ 乾燥
☐ ☐ ☐ 蕁麻疹/アレルギー
☐ ☐ ☐ かゆみ
☐ ☐ ☐ 発疹
☐ ☐ ☐ 下肢静脈瘤

痛み/しびれがある箇所

- ☐ ☐ ☐ 肩
☐ ☐ ☐ 腕
☐ ☐ ☐ ひじ
☐ ☐ ☐ 手
☐ ☐ ☐ 腰
☐ ☐ ☐ 脚
☐ ☐ ☐ ひざ
☐ ☐ ☐ 足
☐ ☐ ☐ 尾骨の痛み
☐ ☐ ☐ 悪い姿勢
☐ ☐ ☐ 座骨神経痛
☐ ☐ ☐ 脊椎弯曲
☐ ☐ ☐ 関節の腫れ

O F C

心循環系

- ☐ ☐ ☐ 動脈硬化
☐ ☐ ☐ 高血圧
☐ ☐ ☐ 低血圧
☐ ☐ ☐ 心臓の痛み
☐ ☐ ☐ 血行不良
☐ ☐ ☐ 拍が速い
☐ ☐ ☐ 拍が遅い
☐ ☐ ☐ 足首のむくみ

呼吸器

- ☐ ☐ ☐ 胸の痛み
☐ ☐ ☐ 慢性のせき
☐ ☐ ☐ 呼吸困難
☐ ☐ ☐ 喀血
☐ ☐ ☐ 喀痰
☐ ☐ ☐ ぜいぜい言う

妊娠していますか。 ☐ はい ☐ いいえ

はいの場合：何ヶ月ですか。 _____

お子さんは何人ですか。 _____

症状を説明してください。脊椎側弯症の場合は、カーブの度合いとタイプを書いてください。 _____

どれくらいこの病状がつづいていますか。	悪化していますか？ ☐ はい ☐ いいえ
日常生活に支障がありますか (当てはまるものを選んでください):	☐ 仕事 ☐ 睡眠 ☐ その他 (明記してください)
おおもとの原因は何だと思われますか。	
現在、医師の治療を受けていますか。	☐ はい ☐ いいえ はいの場合：どんな理由からですか。
過去5年間に入院したことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ はいの場合：大手術? ☐ はい ☐ いいえ 大けが? ☐ はい ☐ いいえ
精神障害/情緒障害を経験したことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ はいの場合：いつですか?
現在服用している薬は?	☐ 経口避妊薬 ☐ 精神安定剤 ☐ 鎮痛剤 ☐ その他 (明記してください)
着用していますか。	☐ ヒールリフト ☐ ソールリフト ☐ 中敷き ☐ アーチサポート ☐ ネガティブヒール ☐ プラット
日中はほとんど... ☐ 立っている ☐ 座っている ☐ 歩いている ☐ その他 (明記してください)	

これまでに:

はい いいえ はいの場合、簡単に説明してください。

- 骨折したことがありますか。 ☐ はい ☐ いいえ
- 入院したことがありますか。 ☐ はい ☐ いいえ
- 筋肉を傷めたり捻挫したことがありますか。 ☐ はい ☐ いいえ
- 杖/松葉杖/その他の支えを使用しましたか。 ☐ はい ☐ いいえ
- 頭を打って気絶したことがありますか。 ☐ はい ☐ いいえ
- 手術以外で入院したことがありますか。 ☐ はい ☐ いいえ

あなたは:

- ミネラル/ハーブ/ビタミンを摂取していますか。 ☐ はい ☐ いいえ
- ミネラル/ハーブ/ビタミンが必要だと思いますか。 ☐ はい ☐ いいえ
- 薬に対するアレルギーがありますか。 ☐ はい ☐ いいえ

以下を最後に受けたのは:

受けたことがない

0-6 ヶ月以内

6 -18 ヶ月以内

それ以前

- 脊椎の X 線撮影 ☐ 受けたことがない ☐ 0-6 ヶ月以内 ☐ 6 -18 ヶ月以内 ☐ それ以前
- 脊椎の診察 ☐ 受けたことがない ☐ 0-6 ヶ月以内 ☐ 6 -18 ヶ月以内 ☐ それ以前
- 健康診断 ☐ 受けたことがない ☐ 0-6 ヶ月以内 ☐ 6 -18 ヶ月以内 ☐ それ以前

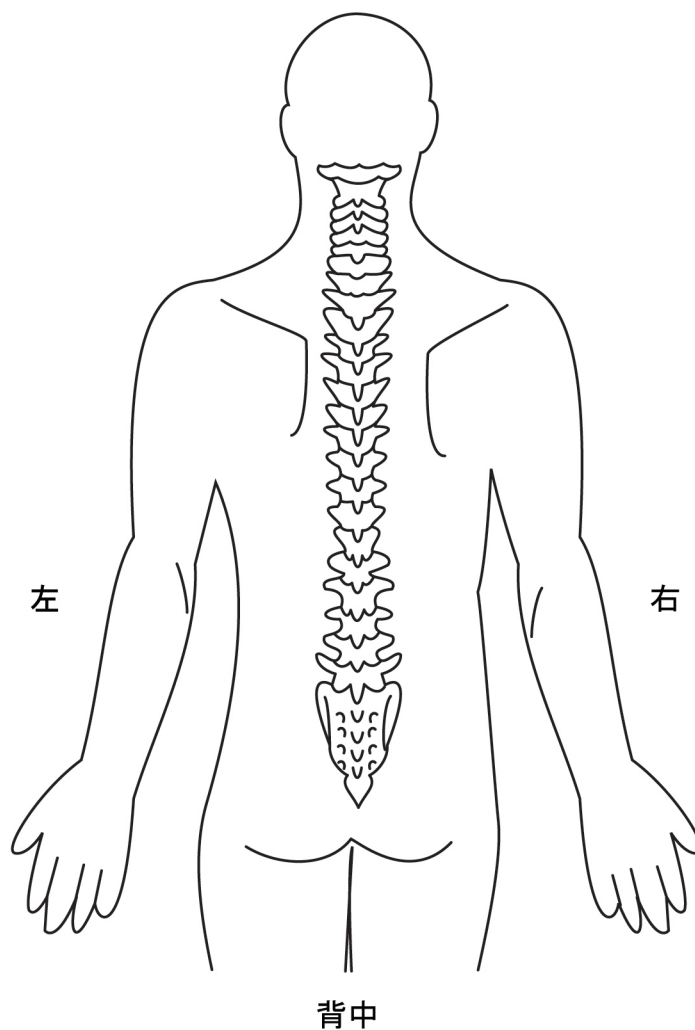
過去 10 年間に治療を受けたその他の病気や手術があれば、ここにすべて記入してください。

家族歴: あなたの家族・兄弟・姉妹・両親・祖父母に関する情報は、あなたの健康全般に対する理解を深めるために役立ちます。

関係	現在および過去の健康上の問題

本人の病歴: あなたの脊椎側弯症の履歴に関する情報を記入してください。これには、最初に脊椎側弯症と診断されたのはいつか、どのように進行してきたか、脊椎側弯症に関連した/関連しない症状、これまでに受けた治療のタイプと日付、上記以外のことでケビン・ラウ博士に伝えたいことなどを含みます。

できればあなたの脊椎側弯症の絵を描いてください。



下の図で、あなたが痛みを感じている箇所にしるしをつけてください。

記号	しびれ	刺痛	緊張	痛み
	〇〇〇〇〇	●●●●●	XXXXX	VVVVV

