

フリガナ：	生年月日： 年 月 日 ( 歳)
お名前：	携帯 Tel:( ) — 自宅 Tel:( ) —
ご住所：〒	
メールアドレス：	※PC から受信可能なもの

◎上記は当院からのご連絡以外は用いません

○一番お困りの所は？ 右膝 ・ 左膝 ・ 腰 ・ 股関節 ・ 肩 ・ 首 ・ 他 ( )

○どんな時に症状がでますか？  
動き始め ・ 動いている時 ・ 動いた後 ・ 歩く時 ・ 立っている時 ・ 座っている姿勢 ・ 前かがみ ・ 階段上り下り  
特に決まった動作はない ・ その他 ( )

○安静にしている時(何もしなくても)、症状は出ますか？  
出ない ・ 常に症状がある ・ 座っているのも痛い ・ 寝ているのも痛い

○症状が出やすい時間帯などありますか？  
特になし ・ (朝 ・ 午前中 ・ 午後 ・ 工作中 ・ 仕事終わり ・ 夜) に症状が出やすい

○調子がいいタイミングはありますか？  
たまに調子がよい時がある ・ 動かさなければ痛くない ・ 毎日痛みを感じるわけではない ・ ずっと痛い

○今回のお悩みの原因として、心当たりはありますか？  
わからない ・ 仕事の内容 ・ 日常生活 ・ 運動不足 ・ 事故やけが ・ スポーツ ・ 姿勢の悪さ ・ 骨盤のゆがみ  
その他 ( )

○今回のお悩みはいつ頃からですか？ 例：不明、○日前 ( )

○今回の症状は初めてですか？ 初めて ・ 過去にもあり ・ 反対側は過去にもあり ・ 繰り返している

○今回の症状で、痛み止めなどは飲まれていますか？ はい ・ いいえ

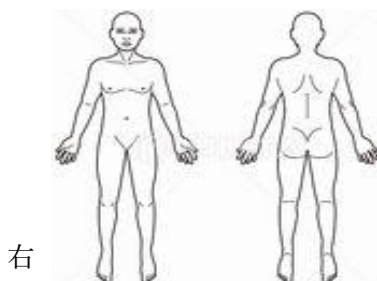
○痛み止めは効きますか？飲むと楽ですか？ はい ・ いいえ

○このままだと症状は悪化しそうですか？回復しそうですか？  
わからない ・ ずっと同じだから変わらなそう ・ 痛みが強いから悪化しそう ・ 辛かった頃よりは良いので回復していきそう

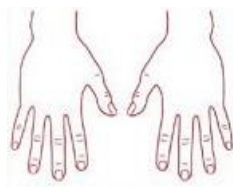
○お差し支えなければご職業をご記入ください(無記入可)  
会社員 ・ 自営 ・ パート ・ 学生 ・ 他 ( ) 職種 ( )

○どんな姿勢や動作が多いですか？  
運転 ・ パソコン ・ 立ち/座り姿勢 ・ 家事 ・ 動き回る ・ その他 ( )

お悩みのある部分に○、しびれの部分は「しびれ」とご記入ください



右



右

