

1. 痛み・痺れの場所をお聞かせ下さい。(○でも可)

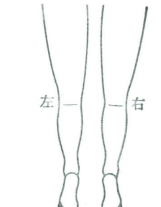
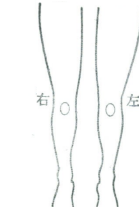
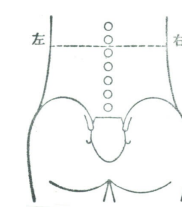
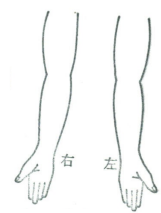
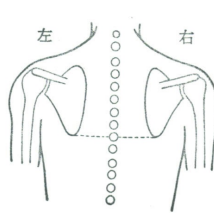
左右・上下・外側・中心・内側・前後など

	痛み	痺れ
首		
腕		
手(指を含む)		
腰		
臀部(おしり)		
大腿部(太もも)		
下腿部(膝下)		
足(指を含む)		
頭痛・その他		

電話：

メールアドレス

・痛み・痺れの場所を記入してください。 痛み // // 痺れ(赤で) >>>



2. いつから痛み・痺れがでてきましたか。
また、痛み・痺れが激しくなったのは、いつからですか。

首	
腕	
手(指を含む)	
腰	
臀部(おしり)	
大腿部(太もも)	
下腿部(膝下)	
足(指を含む)	
頭痛・その他	

★頭痛について・・・今頭痛がする・お風呂に入ると楽になる・暖めると悪化する。または、変わらない。・脈を打つ感じがある。

3. 病院で、検査・手術は、されましたか。それは、いつで検査結果は何と言われましたか。

	年月日	病名	悪いところ
レントゲン			
MR I			
手術			

4. 痛み、痺れ等のおこった原因は何だと思われますか。

5. つま先立ち・かかと立ちはできますか。

・つま先立ち (はい) 少し (いいえ)

・かかと立ち (はい) 少し (いいえ)

6. 一番きついのは、どこですか。また、痛み・痺れが悪化するののはどのような時ですか。

7. お仕事、趣味・習慣(スポーツ・スポーツクラブ・草むしり・散歩など)をお聞かせ下さい。

・お仕事(職種等)

・お仕事の内容(例 一日座りっぱなし・車の運転が多い・力仕事など)

・趣味

・習慣

8. 健康状態をお聞かせ下さい。

・血圧 () 薬の服用 (あり なし)

・貧血 (あり なし) 薬の服用 (あり なし)

・糖尿病 (あり なし) 薬の服用 (あり なし)

ありの方 A1C % 血糖値 mg/dl インシュリン注射 (あり なし)

キズが治りにくい (はい いいえ)

・アレルギー(金属等) (なし あり 種類)

・ストレス (多い 普通 感じない)

9. その他、病気等についてお聞かせ下さい。

10. 鍼灸治療は経験がありますか。

〔 ない ある(少ない 慣れていない) 怖い 怖くない 〕

11. 今回、治療にいらした経緯をお教え下さい。

〔 ご紹介 (様) インターネット その他 () 〕