新八街総合病院

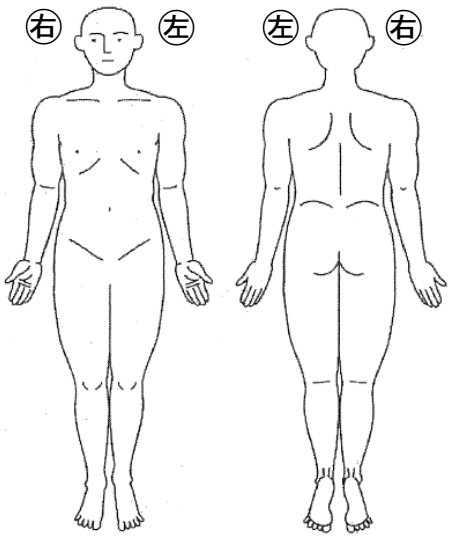
年　　月　　日

脊椎脊髄外科問診票

お名前		年齢	歳	性別	男　女
身長	cm	体重	kg		

1. 今日はどうなさいましたか？

図の、症状のある所に〇印をつけて下さい。**痛み**、**痺れ**など書き込んで下さい。



2. どんな症状ですか？合うものすべてに〇をつけて下さい。

痛い　しびれている　はれている　動かせない
その他（　　）

3. それはいつからですか？

4. 思い当たる原因はありますか？

5. 今までに病気をした事がありますか？

なし　高血圧　糖尿病（HbA1c：　　）
脂質異常（高脂血症）　心臓病　腎臓病
肝臓病　脳疾患　ぜんそく　がん　その他（　　）

6. 今、飲んでいるお薬はありますか？

いいえ　はい　何のお薬ですか？

7. 今までに手術を受けたことはありますか？

いいえ　はい　何の手術ですか？

8. 歯の治療麻酔（局所）や手術で全身麻酔を受けたことはありますか？

いいえ　はい　何か問題はありましたか？

9. 薬や金属、食べ物などのアレルギーはありますか？

いいえ　はい　何で？どのような症状ですか？

10. 喫煙歴はありますか？

いいえ　はい　何歳から何歳までですか？

11. 飲酒はされますか？

いいえ　はい　機会飲酒　・　週に2，3回　・　毎日　何を？　何杯？
1回にどのくらい飲まれますか？

12. 現在妊娠中ですか？また、その可能性はありますか？　ない　ある

13. 現在授乳中ですか？

いいえ　はい

14. ほかにご不自由はところはありますか？

難聴　視力障害　車椅子使用　杖使用
その他（　　）