予診票　肩こり・五十肩

初めてご受診の方へ

● 本日はどのような症状ですか？（複数選択可）

・肩が痛い　・外傷の後から痛む（肩をぶつけた、手をついて転んだ等）
・肩が痛くて全く手を動かせない　・腕を上に挙げる途中や下げる途中で痛む
・腕を挙げると肩の痛みが楽になる　・肩を動かすと音がする
・くびを動かすと肩が痛い　・肩だけでなく、指先にも痛みやしびれがある
・食後に肩が痛い　・階段を上ると左肩が痛い

● 症状が出たのはいつからですか？

・24時間以内　・１週間以内　・１ヶ月～半年前　・１年以上前

● 現在の症状に一番近いものはどれですか？

・痛み　・しびれ　・違和感　・腫れ　・動きにくい　・夜間痛
・その他（　　）

● 現在の症状で日常生活に支障がありますか？

・洗濯物が干せない　・夜、痛みやしびれで目が覚める　・痛くて物が持てない
・シートベルトができない　・肩の痛みが腕や指先まで広がっている

● 原因として思い当たるものはありますか？

・交通事故　・仕事中　・通勤途中　・スポーツ　・転倒　・特になし
・その他（　　）

● 過去に交通事故や大怪我をしたことはありますか？

いいえ　・　はい（交通事故（　　歳頃）　大きな怪我（　　歳頃）

● 今回の症状で検査・治療を受けたことがありますか？

ない　・　ある（整形外科・整骨院・その他治療院（　　）

● あると答えた人に質問します。そこで、何と言われましたか？

● レントゲンやMRIなどの画像検査は受けられましたか？

いいえ　・　はい（検査内容（　　）

● その他、何か気になることがありましたらご記入ください