

初検時、この問診票をご持参ください。

【 問 診 票 】

原接骨院

初検 令和 年 月 日 (*予約日)

(ふりがな)

お 名 前

生年月日 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 歳 年生 性別 男 ・ 女

ご 住 所 〒

連 絡 先 ご自宅

携 帯

部活またはスポーツ歴

1. 側弯症発見時の状況について教えてください。

<発見時>年齢 歳： 幼児 ・ 小学 年 ・ 中学 年 ・ 高校 年 ・ 大学 年 ・ 社会人

<発見時の病院名>

<発見時の側弯度数>

<レントゲン撮影時は立位でしたか？> はい ・ いいえ

<医師の診断と治療法について> 経過観察 ・ 装具装着 ・ 手術

<体操等の指導は、ありましたか？> はい ・ いいえ

2. 現在の状況について教えてください。

<通院中の病院名>

<現在の側弯度数>

<レントゲン撮影時は立位でしたか？> はい ・ いいえ

<医師の診断と治療法について> 経過観察 ・ 装具装着 ・ 手術

<体操等の指導は、ありましたか？> はい ・ いいえ

<次回の検診予定日> 令和 年 月 日 回目検診

3. 側弯症の治療経過や側弯症以外の既往(病)歴また気になる症状等がありましたら教えてください。