

問診票

<ぎっくり腰・腰痛専門施術コース>

■あなたの腰痛を感じている期間	年 月
■病院での受診歴と診断名	年 月
■診断名に○をつけてください。 ※複数可	・ヘルニア ・坐骨神経痛 ・脊柱管狭窄症 ・腰椎分離すべり症 ・黄色靭帯骨化症 ・ぎっくり腰 ・骨のあいだが狭い ・原因不明
■以前にぎっくり腰になった回数は？	回
■ぎっくり腰で動けないほど痛くなったことはありますか？	回
■腰のレントゲンまたはMRIをとったことがありますか？	・レントゲン ・MRI ・CT
■どんなときに腰の痛みを感じますか？ どんな動作で痛みますか？	
■現在、なにか病気を持っていますか？ 何か気になることはありますか？	
■腰の手術をしたことがある	年前にどのような手術（ ）
■腰が治ったら何をしたいですか？ あなたの希望を教えてください。	