

# 腰部疾患 予診票

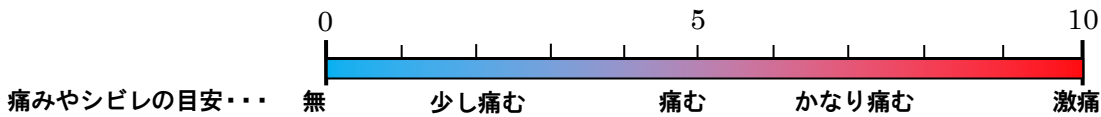
令和 年 月 日 AM・PM

(氏名)	歳	男・女	ID=	回答者 本人・その他
------	---	-----	-----	---------------

- 気になるのは  腰の痛み  下肢のシビレや痛み  両方
- それはいつからですか？ ( 年 月 日 ) から ( ) 前から
- 次のようなときに腰は痛みますか？
  - 立ち上がる時  前かがみ  腰を反らすとき  寝返り
  - その他 ( )
- 下肢の力が弱くなった感じはありますか？  はい  いいえ
- 数分歩くとおしりから足にかけてしびれて休むことはありますか？  はい  いいえ
- 腰の痛みやシビレの程度はどれくらいですか？

職業
----

「0」を痛み・シビレがない状態、「10」をこれ以上ないほどの痛みやシビレとしたとき、これぐらいと思うところに○をつけてください。



- 腰の痛みや下肢のしびれのために、日常生活や仕事で困ることがあればお書き下さい。

ここから下は診察時に記録しますので、ご記入は不要です。

Xp)			
MRI)			
SLR	R( ) L( )		
FNST	R( ) L( )		
MMT	IlioPs. R( ) L( )		
	Quad. R( ) L( )		
	Gl. Med. R( ) L( )		
	TA R( ) L( )		
	Gast.C. R( ) L( )		