肩関節疾患　予診票

令和　　年　　月　　日 AM･PM

（氏名）	歳	男･女

ID＝

回答者

本人･その他＿＿＿＿＿

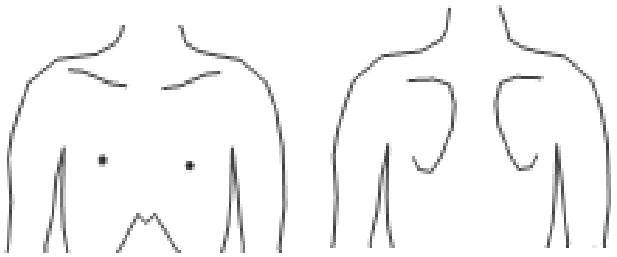
職業

1. いつから痛みますか。　（右肩）････（　　）から

　　（左肩）････（　　）から

2. 次の症状はありますか？

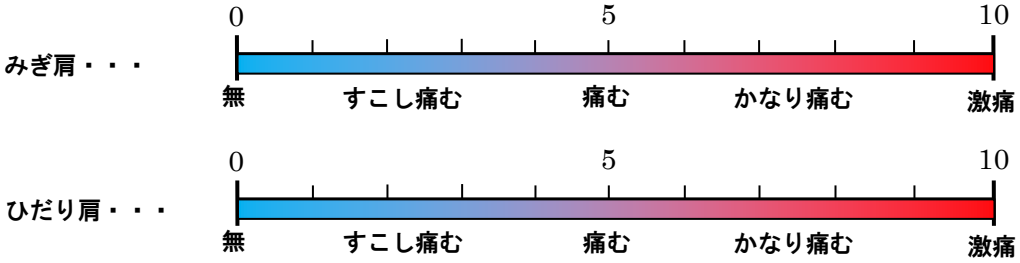
- □ 腕があがりにくい
- □ 肩の動かし方によって痛む
- □ 寝ているときに痛む
- □ 腕や手のシビレ
- □ その他



痛む部分に ▨ で印をつけて下さい。

3. それはどのぐらいの痛みですか？

「０」を痛みがない状態、「１０」をこれ以上ないほどの痛みとして、これぐらいと思うところに○をつけてください。



4. 肩の痛みや動かせないために、日常生活や仕事で困ることがあればお書きください。

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。

	R (Active/Passive)	L
Flex	(　/　)	(　/　)
Abd	(　/　)	(　/　)
Ex	(　/　)	(　/　)
E/R	(　/　)	(　/　)
I/R	(　/　)	(　/　)
Click or Murmur	R(　)	L(　)
Painful Arc	R(　)	L(　)
Drop Arm Sign	R(　)	L(　)

(Xp)

(その他の検査)