側弯症問診票

くらんど整形外科　　年　　月　　日

お名前：　　性別：　男性・女性

生年月日：　　年　　月　　日　　年齢：

⑴ 側弯症はどこで気がつかれましたか？
　学校検診・親御さんが気づかれた・その他（　　）

⑵ 第二次成長を迎えられましたか？
　男の子は声変わり・女の子は初潮となります。（はい・いいえ）

⑶ ⑵ではいと答えられた方で、それはいつからになりますか？
　時期：　　年　　月頃から

⑷ スポーツは何かされておりますか？（はい・いいえ）

⑸ ⑷ではいと答えられた方で、その種類は何ですか？
　スポーツ名：

⑹ その他の病気にかかったことはありますか？（はい・いいえ）

⑺ ⑹ではいと答えられた方で、その病名と時期はいつですか？
　病名：　　時期：

⑻ ご兄弟で側弯症を指摘された方はいらっしゃいますか？（はい・いいえ）

⑼ ⑻ではいと答えられた方で、どなたが指摘されましたか？

⑽ 出生時の体重を教えてください。　　g

⑾ 在胎は何週で出産されましたか？　　週

⑿ 成長・発育に問題はありましたか？（はい・いいえ）

⒀ ⑿ではいと答えられた方で、どのような問題がありましたか？

⒁ 現在の身長・体重を計りましょう。
　身長：　　cm　体重：　　kg

問診は以上になります。わかる範囲で構いません。
ご協力ありがとうございました。