

側弯症問診票

ふりがな		性別	住所	〒
名前		男・女		
生年月日	昭・平・令 年 月 日	年齢	電話	自宅 ()
		歳		携帯電話 ()

- (1) 側弯症はどこで気がつきましたか？
 学校検診 ・ 親御さんが気づかれた ・ その他 ()
- (2) 第二性徴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。
 ①はい ②いいえ
- (3) (2)で「はい」と答えられた方で、それはいつごろからになりますか？
 時期 : _____年 _____月頃から
- (4) スポーツは何かされておりますか？
 ①はい ②いいえ
- (5) (4)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 : _____
- (6) その他の病気にかかったことはありますか？
 ①はい ②いいえ
- (7) (6)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 : _____
- (8) ご兄弟で側弯症を指摘された方はいらっしゃいますか？
 ①はい ②いいえ
- (9) (8)で「はい」と答えられた方で、どなたが指摘されましたか？

- (10) 出生時の体重を教えてください。
 _____ g
- (11) 在胎は何週で出産されましたか？
 _____ 週
- (12) 成長 ・ 発育に問題がありましたか？
 ①はい ②いいえ
- (13) (12)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？

- (14) 現在の身長・体重を教えてください。
 身長 : _____ cm 体重 : _____ kg
- (15) リハビリテーションなどの治療を希望しますか？
 ①はい ②いいえ
- (16) 当クリニックを知ったきっかけを教えてください。
 ホームページ ・ フェイスブックなどのSNS ・ 電柱広告
 紹介 (家族 ・ 友人 ・ 知人 ・ 他院)