

貴院における症状・所見等についてご教示賜りますようお願いいたします。

1. 自覚症状の推移 (貴院初診時から終診時の自覚症状の推移について下記にご記載下さい)

	初診時	終診時	初診時に症状「無」、終診時に症状「有」の場合には、下欄に出現時期をご記載下さい。	初診時(症状出現時)から終診時までの推移	
頭痛	有・無	有・無	年 月 日頃	消失・軽減・不変・増悪	
項頸部痛	有・無	有・無	年 月 日頃	消失・軽減・不変・増悪	
背部痛	有・無	有・無	年 月 日頃	消失・軽減・不変・増悪	
腰痛	有・無	有・無	年 月 日頃	消失・軽減・不変・増悪	
上肢しびれ/放散痛	右	有・無	有・無	年 月 日頃	消失・軽減・不変・増悪
"	左	有・無	有・無	年 月 日頃	消失・軽減・不変・増悪
下肢しびれ/放散痛	右	有・無	有・無	年 月 日頃	消失・軽減・不変・増悪
"	左	有・無	有・無	年 月 日頃	消失・軽減・不変・増悪
めまい/ふらつき感	有・無	有・無	年 月 日頃	消失・軽減・不変・増悪	
悪心/嘔気	有・無	有・無	年 月 日頃	消失・軽減・不変・増悪	
頸椎運動制限	有・無	有・無	年 月 日頃	消失・軽減・不変・増悪	
その他(下欄又は別紙の具体的症状欄にご記載下さい)					
	有・無	有・無	年 月 日頃	消失・軽減・不変・増悪	
	有・無	有・無	年 月 日頃	消失・軽減・不変・増悪	
	有・無	有・無	年 月 日頃	消失・軽減・不変・増悪	

2. 他覚的所見 (所見ありの場合は別紙「神経学的所見の推移について」に経時的変化をご記載下さい)

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| (1) 初診時 (年 月 日) | (2) 終診時 (年 月 日) |
| <input type="checkbox"/> 所見なし | <input type="checkbox"/> 所見なし |
| <input type="checkbox"/> 所見あり | <input type="checkbox"/> 所見あり |
| <input type="checkbox"/> 未施行・不明 | <input type="checkbox"/> 未施行・不明 |

3. 画像所見 (複数回施行されている場合には下欄にご記載下さい)

- | | |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| (1) X-P (頸椎・腰椎) | (2) CT・MRI (頸椎・腰椎) |
| 施行日 年 月 日 | 施行日 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 正常 | <input type="checkbox"/> 正常 |
| <input type="checkbox"/> 椎間板腔狭小化 (高位: _____) | <input type="checkbox"/> 椎間板膨隆 (高位: _____) |
| <input type="checkbox"/> 骨棘形成 (高位: _____) | <input type="checkbox"/> その他 (下欄にご記載下さい) |
| <input type="checkbox"/> その他 (下欄にご記載下さい) | |

4. 貴院終診時における症状の緩解・増悪の見込みについて先生のご見解をご教示下さい。
(症状消失までの見込み期間、症状が慢性化している原因等も含め)

年 月 日

医療機関名

診療科

医師名

印