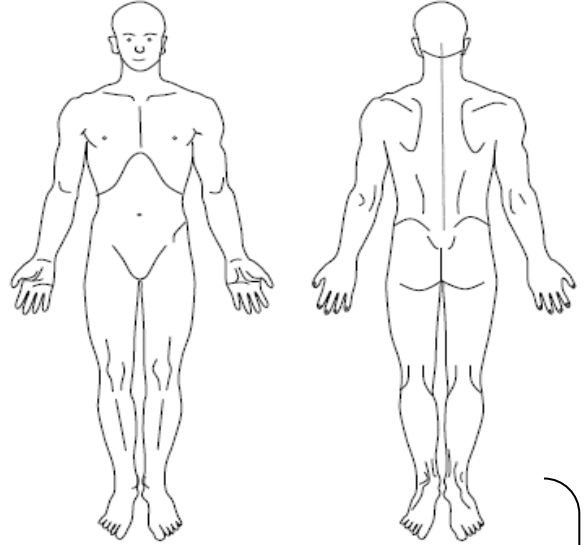


フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身長	cm	体重	kg
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日	歳
住所	〒 _____ 電話番号 (_____)						

(1) 右図から症状のある部位に○をつけて下さい。

(2) どんな症状ですか。

- 痛い, うずく, 重苦しい, 張る, だるい
- しびれる, 動かない, 腫れている, キズがある
- その他 (_____)



(3) いつ頃から具合悪いですか。

_____ から

(4) 原因は何ですか。

- 特に思い当たることはない
- 転倒
- 交通事故
- 工作中 (労災保険適用)
- 学校 (園) での負傷
- その他 (_____)

◇リハビリを希望されますか。

- 希望する 必要なら希望する わからない 希望しない

(5) 今までにかかった病気や手術はありますか。 あり なし

・あり (_____)

(6) ①現在治療中の病気はありますか。 あり なし

- ・あり {
- 脳梗塞, 脳出血, 高血圧, 糖尿病, 心臓病, 逆流性食道炎, 前立腺肥大
 - 胃潰瘍/十二指腸潰瘍, 高脂血症, 腎臓病, 肝臓病, 婦人科系, 認知症
 - リウマチ, 骨粗鬆症, 心療内科系, 甲状腺系, 痛風, 眼科系, 便秘, 喘息
 - その他: _____

②服用中のお薬はありますか。 あり なし

- ・あり {
- ・お薬手帳等をご持参の方はお手数ですが受付までお持ち下さい。 お薬手帳なし
 - 薬剤名: _____

(7) アレルギーはありますか。 あり なし

- 花粉症 薬品: _____ 食品: _____

(8) ①40歳以上の方にお聞きします。介護認定を受けていますか。

- 受けていない 申請中 要支援 (1, 2) 要介護 (1, 2, 3, 4, 5)

②介護認定を受けている方にお聞きします。介護サービスを利用していますか。

- 通所リハ, 訪問リハ, 施設入所中 (施設名: _____), その他, 利用してない

(9) 女性の方にお聞きします。現在妊娠中ですか。

- いいえ 妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中

ご記入ありがとうございました。