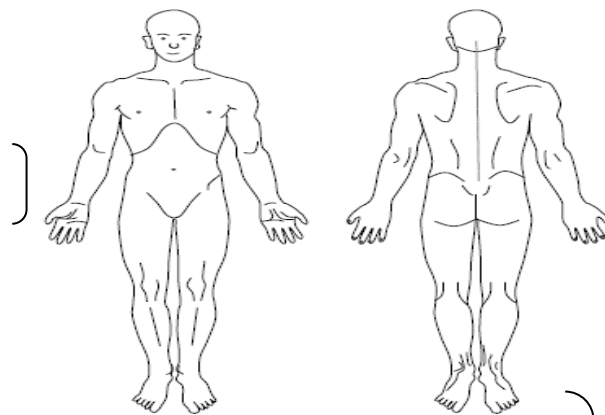


フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身長	cm	体重	kg
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日	歳
住所	〒 電話番号 ()						

本日付き添いの方はいますか。 いない いる→ (ご関係:)

- (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。
転倒 わからない ()
交通事故 その他
労災
学校(園)での負傷

◆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。
なし あり ()

- (6) ①現在治療中の病気はありますか。
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
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。 マイナ保険証で診療情報取得に同意しない方で、お薬手帳等をご持参の方は受付までお持ち下さい。

- なし あり (薬剤名:)

- (7) アレルギーはありますか。
なし あり (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 訪問 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