

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) 症状のある部位を教えてください。

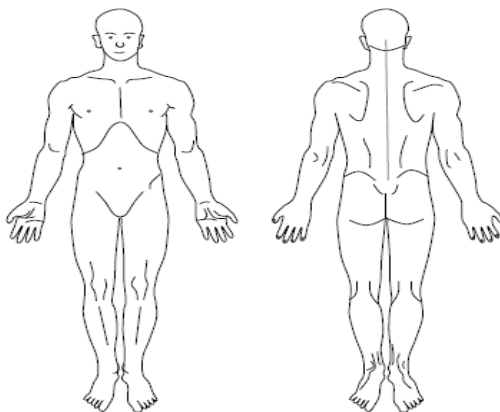
部位： _____

(2) 原因は何ですか。

- 交通事故 労災 学校(園)での負傷
その他

(3) いつ頃からどのような症状ですか。

日頃から



◆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 ()

②服用中のお薬はありますか。

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) 40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

受けている(要介護度：)→ご利用中の介護サービス： _____

(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