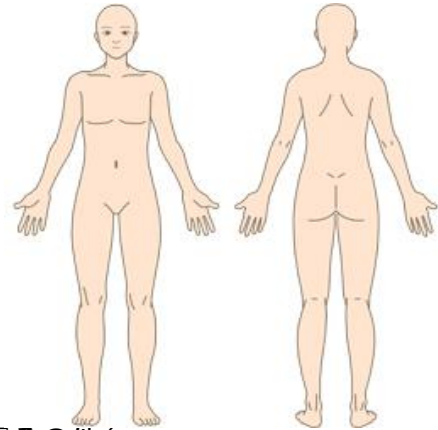
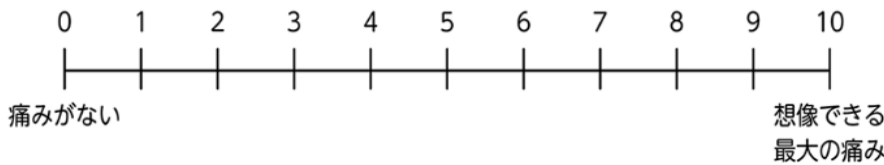


フリガナ 氏名	男女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
		職業:	介護保険
ご住所	携帯:	- -	なし / あり
	自宅: ()	-	申請中
備考(スタッフ記入)			

①どのような症状ですか？また、右下図の症状の部位に○印をつけてください。

痛み しびれ 腫れ 傷・出血 違和感 その他()

②痛み(しびれ)の強さはどの程度ですか？



③症状(受傷日)はいつからですか？

() 日・週間・カ月 前頃から

④思い当たるきっかけや原因はありますか？

場所：自宅 工作中 交通事故 スポーツ中 不明 その他()
どのように：ぶつけた ひねった 使いすぎ 転倒転落 不明 その他()

⑤今回の症状で他の医療機関を受診しましたか？

→はいの方：受診時期はいつですか？

いいえ はい (医療機関名:) ()頃

⑥手術を受けたことがありますか？

→はいの方：手術時期はいつですか？

いいえ はい (手術名:) ()頃

⑦麻酔を受けたことがありますか？

→はいの方：副作用はありましたか？

いいえ はい(全身麻酔 局所麻酔 腰椎麻酔) なし あり(症状:)

⑧ペースメーカーや体内金属がありますか？

なし ペースメーカー 体内金属(部位:)

⑨治療中、または過去にかかった病気はありますか？

なし リウマチ 痛風 腎臓病 肝臓病 心臓病 糖尿病 胃潰瘍
喘息 脳疾患 高血圧 高コレステロール 高脂血症 その他()

⑩服用中の薬はありますか？

なし あり(薬剤名:) (医療機関名:)

⑪薬や食べ物などのアレルギーはありますか？

いいえ はい()

⑫女性の方にお聞きします

・現在妊娠中ですか？ いいえ 可能性がある はい(妊娠 週)
・現在授乳中ですか？ いいえ はい

⑬リハビリを希望しますか？

いいえ はい 医師の判断

ご記入が済みましたら受付までお持ち下さい。

ご協力ありがとうございました。