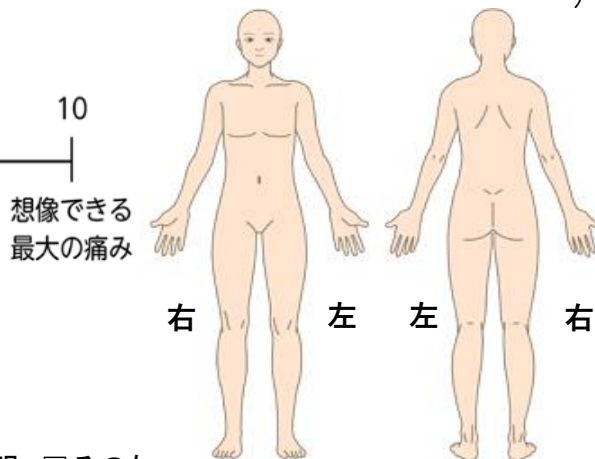
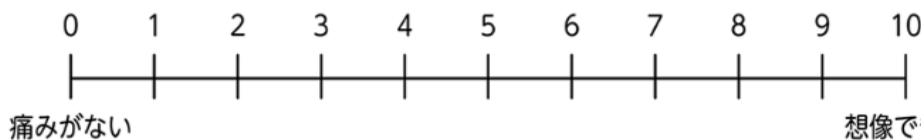


フリガナ 氏名	男 ・ 女	大・昭・平・令	年	月	日 ( 歳)
		職業:	介護保険		
ご住所 〒	-	携帯:	-	-	なし / あり
		自宅: ( )	-		申請中
備考(スタッフ記入)					

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

以下の項目はレ点でチェックをお願いします。

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これまでに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これまでに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。