

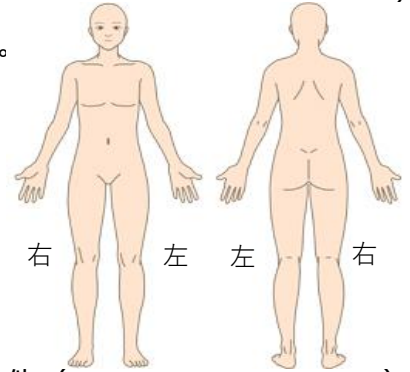
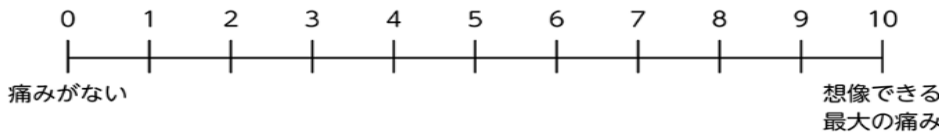
フリガナ		男 女	大・昭・平・令	年	月	日( 歳)
氏名			職業:	介護保険		
ご住所 〒			携帯:	-	-	なし / あり
			自宅: ( )		-	申請中
備考(スタッフ記入)						

以下の項目にレ点チェックと回答をお願いします。

①どのような症状ですか？また、右下図の症状のある部位に○印をつけてください。

痛み しびれ はれ・むくみ 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？数字に○印をつけてください。



③症状(受傷日)はいつからですか？

( ) 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現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？

なし 高血圧 高脂血症 糖尿病 リウマチ 胃潰瘍 喘息 てんかん  
脳血管障害 心臓病 腎臓病 肝臓病 痛風 その他( )

⑦過去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

⑧過去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: )

⑨過去に意識を失ったことがありますか？

いいえ はい(思い当たる原因があればお書きください: )

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: )

⑬リハビリを希望しますか？

いいえ はい 医師の判断

⑭女性の方：現在妊娠中ですか？

・現在授乳中ですか？

いいえ 可能性がある はい(妊娠 週)

いいえ はい