

フリガナ氏名	ユウアイ タロウ ゆうあい 太郎	男 女	大昭平令 24年 1月 1日 (75歳)
ご住所 〒370-0000 富岡市000△△△	職業: 自営業	介護保険	なし / あり
備考(スタッフ記入)	携帯: 090-****-****	申請中	
	自宅: (0274)-**-****		

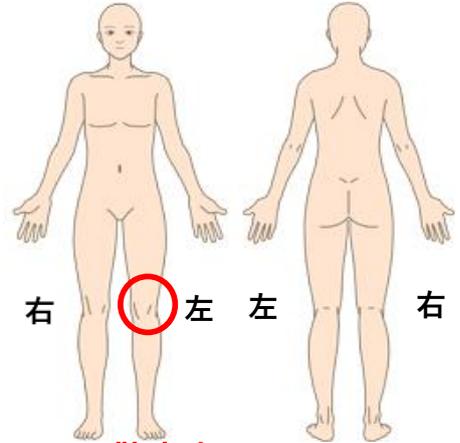
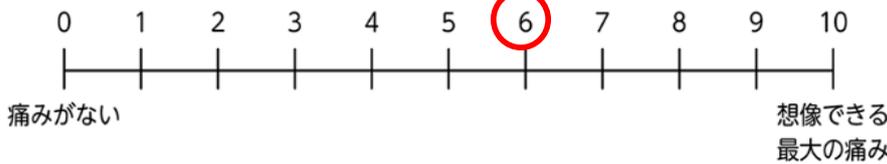
日中に繋がりやすい電話番号をご記入下さい。

介護保険「あり」の方は介護保険証の確認もさせていただきます。

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？

(2) 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(**散歩中**)

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: **〇〇整形外科**) (**2カ月前**)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: **右人工股関節全置換術**) (**平成25年3月1日**)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: 吐き気)

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: **右股関節**)

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: **アムロジン**) (医療機関名: **〇〇クリニック**)

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 (**アルコール綿**)

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。