

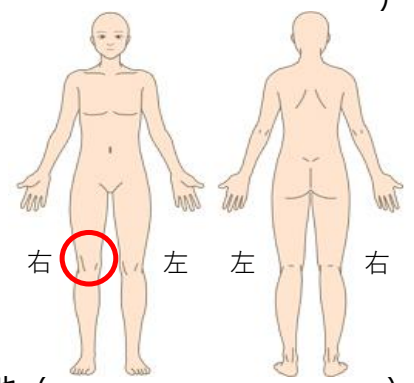
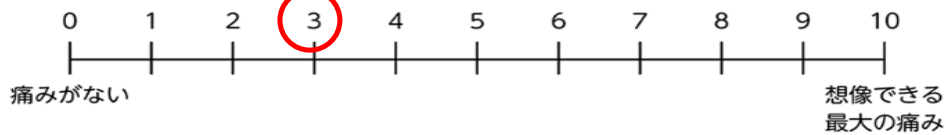
フリガナ	ユウアイ ハナコ	男	大・ 昭 平・令 45 年 1 月 1 日(55 歳)
氏名	ゆうあい 花子	女	職業: 会社員 介護保険
ご住所	〒 000 - 000 富岡市00△△-△	携帯: 000 - △△△ - ×××	なし / あり
備考(スタッフ記入)	日中に繋がりやすい番号をお書きください。	自宅: (000) △△△ - ×××	申請中

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？
(**1か月前**) 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 仕事中 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: **00整形外科**) (**1か月前**) 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: **左前十字靭帯再建術**) (**20歳頃**) 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: **吐き気**)

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: **てんかん発作**)

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: **00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 (**ペニシリン系**)

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？

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