

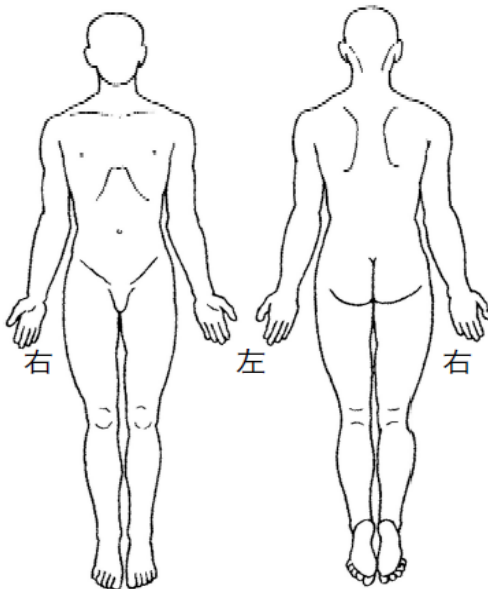
フリガナ 名前	(生年月日 M・T・S・H 年 月 日) 年齢 歳		
〒 住所			□男 □女
電話番号	— —	緊急連絡先(携帯電話)	— —
ご職業	身長	cm	体重 kg
紹介状	□あり □なし	画像データ	□あり □なし
当院のリハビリクリニックでリハビリを行なわれていますか?	□継続中	□未通院、通院中断、通院終了	

※65歳以上の方にお聞きします。現在デイサービス又はデイケアをご利用中ですか?

□利用中 □利用していない

1. 本日診て欲しいところはどこですか?

図に○をつけて下さい



正面

背面

2. 受診する理由は何ですか?

- 痛い(部位: ) □腫れている(部位: )  
 □傷(部位: ) □動きが悪い(部位: )  
 □その他( )

具体的な症状をお書き下さい

3. いつから症状が出ていますか?

- 本日 □昨日 □数日前 □( )週間前  
 □( )カ月前 □( )年前

4. 原因を簡単に教えてください

- 交通事故 □勤務中の災害 □通勤中の災害 □転倒  
 □スポーツ中( ) □わからない  
 □その他( )

5. 体内に金属などが入っていますか?

- ペースメーカー □アートメイク・刺青 □ステント( )  
 □その他( ) □なし

6. 現在、治療中の病気はありますか? □特に無い

- 高血圧 □糖尿病(HbA1c \_\_\_\_\_ ・インスリン中) □心臓病 □肝臓病 □腎臓病  
 □高脂血症 □橋本病・バセドウ病 □狭心症 □心筋梗塞 □不整脈 □末梢血管疾患  
 □心不全 □下肢動脈瘤 □その他( )

毎週水曜日・金曜日(午前)に内科医師による診察があります。

希望されますか? □希望する □希望しない

7. 何か薬を飲んでいますか?

※おくすり手帳などお持ちの方はご用意ください

- なし □おくすり手帳・薬剤情報を忘れた

□ある(くすりの名前 )

血液をサラサラにする薬を □飲んでいる □飲んでいない □わからない

8. 薬や麻酔の薬のアレルギーはありますか?

- 薬のアレルギーがある(くすりの名前 ) □わからない  
 □麻酔のアレルギーがある(いつ、どんな時 ) □特にない

9. 女性の方への質問です

- 妊娠していない □妊娠している □わからない □授乳中

10. 当院をどのようにお知りになりましたか?

- 家族・知人 □新聞、テレビ、雑誌 □インターネット □当院ホームページ □その他

11. どうやって来院されましたか? □バス □地下鉄 □JR □自家用車 □その他( )