

氏名 \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_

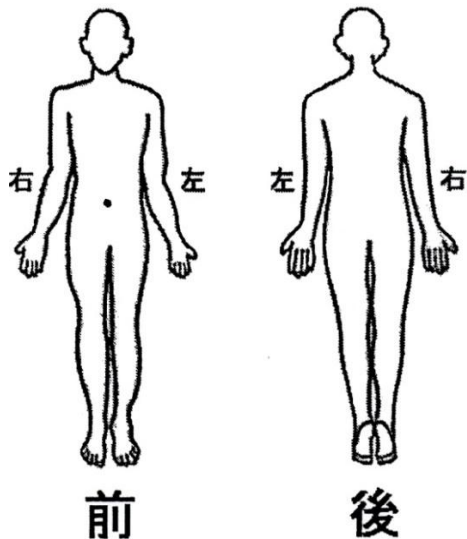
身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg ご職業 \_\_\_\_\_ スポーツ \_\_\_\_\_

1. 今日どちらの具合がわるいですか？  
症状のあるところに○を付けてください（右図）

2. 具体的な症状をお書きください。  
（痛み、しびれ、はれ、 \_\_\_\_\_ ）

3. 今回の症状はいつ頃からですか？（ \_\_\_\_\_ ）

4. その原因をご記入ください。  
交通事故・工作中的事故（労災）・転倒・不明  
その他（ \_\_\_\_\_ ）



5. 今回の症状で他の病院を受診しましたか？（はい・いいえ）

医療機関名	
いつ頃受診しましたか？	

6. 今までにかかった、あるいは現在治療中の病気がありますか？（はい・いいえ）

病院名	
病名	高血圧・心臓病(ペースメーカーあり・なし)・糖尿病・肝臓の病気・腎臓の病気・目の病気 甲状腺の病気・脳の病気・肺の病気・喘息・婦人科の病気・血液の病気・認知症・うつ コレステロール・その他（ _____ ）

7. 現在、内服中ですか？（はい・いいえ） お薬手帳を持っていますか？（はい・いいえ）

8. 過去に手術を受けたことがありますか？（はい・いいえ）  
はいと答えた方は、主な手術をご記入ください。  
（ \_\_\_\_\_ ）

9. アレルギーはありますか？（はい・いいえ）

10. 現在妊娠中ですか？（はい・いいえ） 授乳中ですか？（はい・いいえ）

11. 介護保険申請を行ってありますか？（はい・いいえ）  
はいと答えた方は、介護区分をご記入ください（ \_\_\_\_\_ ）  
身体障害者手帳を持っていますか？（はい・いいえ）  
はいと答えた方は、等級をご記入ください（ \_\_\_\_\_ ）