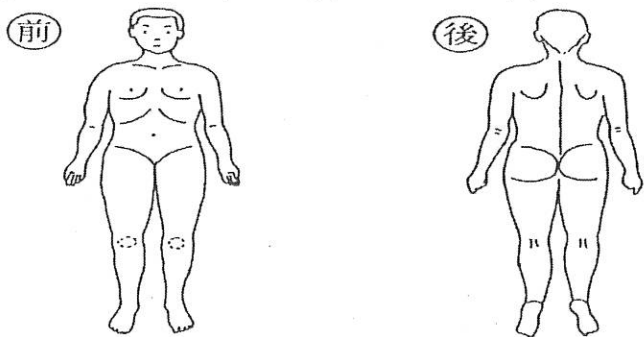


②

男・女 生年月日(大・昭・平・令 年 月 日)  
お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 才 身長 cm 体重 kg

1. ①職業( )  
②業種 デスクワーク・立ち仕事・労作業・その他( )  
③1日 時間・週 日労働
2. ①スポーツの経験はありますか? はい(現在・過去) ・ いいえ  
②スポーツの種類( )  
③現在1日 時間・ 日/週・月。過去に 才から 才まで。
3. 本日はどこの具合が悪くて診察にみえましたか?  
具合が悪いところに○印をお願いいたします。



4. どのような症状でしょうか?  
( )
5. それはいつからですか?  
( )
6. これまで何か治療はされましたか?  
( )
7. 今までお薬などでアレルギー反応が出たことはありますか?  
はい(飲み薬・注射・その他) ・ いいえ
8. 現在、服用中のお薬はございますか?  
はい(お薬手帳をお持ちの方はお見せ下さい)  
( ) ・ いいえ
9. 現在、妊娠の可能性はございますか?(女性の方のみ)  
はい ・ いいえ

①

フリガナ \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

性別 男・女

生年月日 大・昭・平・令 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日 \_\_\_\_才

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

(携帯電話をお持ちの方は携帯電話の番号をお願いいたします)

☆現在介護保険における要介護、要支援の認定を受けていますか?

( はい ・ いいえ ) \_\_\_\_級

☆介護保険で通所リハビリを受けていますか?

( はい ・ いいえ ) \_\_\_\_日/週