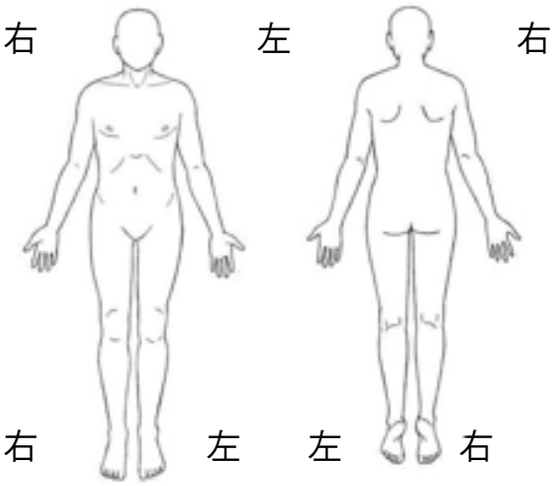
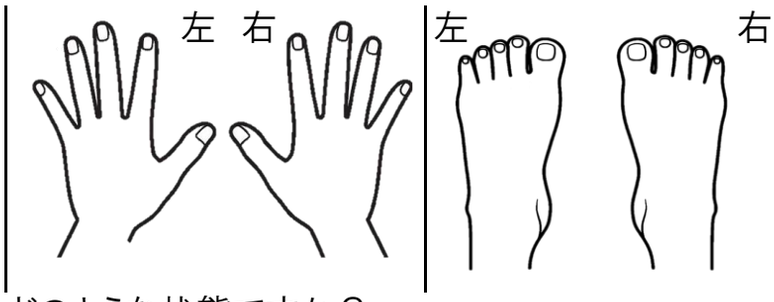
問　診　票

フリガナ 氏　名	様	性 別	男　女	職　業	
生 年 月 日	大　昭　平　令　　年　　月　　日　　歳			小児のみ	kg
住 所	〒　　ー			電 話 番 号	（　　）
介護保険	なし ・ あり（ 要支援 1・2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			※ありの方介護保険でリハビリをしていますか はい ・ いいえ	

1. 下の図に具合の悪いところに ○ をつけてください





2. どのような状態ですか？
   - ☐ 痛む　☐ はれている　☐ しびれる
   - ☐ 動きが悪い　☐ 傷がある　☐ 咬傷（犬・猫）
   - ☐ 呼吸苦　☐ 吐気　☐ その他（　　）

3. それはいつからですか　☐　月　日 から　☐　年前から　☐ 不明

4. 思い当たる原因はありますか
   - ☐ なし　☐ ある（ 転倒/転落 ・ 捻挫 ・ スポーツ外傷 ・ 交通事故 ・ 労災 ）
   - その他［　　］ スポーツ名:　事故日:

5. 今までに大きな病気をしたことがありますか　☐ なし
   - ☐ 高血圧　☐ 狭心症　☐心筋梗塞 ☐ 不整脈　☐ 脳梗塞　☐脳出血
   - ☐ 糖尿病　☐ 喘息　☐肝炎　☐ 悪性腫瘍（　　）　☐ 感染症（　　）
   - ＊ その他に大きな病気・手術の経験はありますか
   - わかれば病名・治療内容（　　）
   - 体内金属　☐ なし　☐ あり

6. アレルギーはありますか（薬剤・食物・花粉症など）
   - ☐ なし　☐ あり（　　）

7. 現在服用されているお薬はありますか　※お薬手帳をお持ちの方は受付に提出してください。
   - ☐ なし　☐ あり（　　）

8. アルコール消毒は使用可能ですか
   - ☐ 不可能　☐ 可能

9. 女性の方にお尋ねします　現在妊娠・授乳中ですか？
   - ☐ 妊娠していない　☐ 妊娠している　☐ 授乳中

10. リハビリを希望しますか　☐ いいえ　☐ はい　☐ 必要があれば希望

ご記入が済みましたら、受付にお出しください。ご協力ありがとうございました。