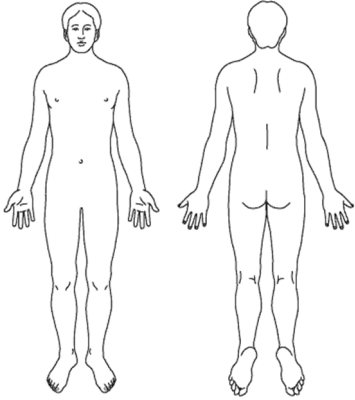


ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	大・昭・平・令
おなまえ		<input type="checkbox"/> 女	年 月 日生 才
おところ	〒 — — 電話番号 — — 携帯番号 — —	身長	cm
県	市・郡	体重	kg

[以下の設問にお答えください] ※お工作中・通勤途中のけがや交通事故の方は必ず受付にお申し出ください

① 具合の悪い所はどこですか？ いつごろから、どのような症状ですか？	
<p>※図に○を付けて下さい</p> <p>正面 背面</p> <p>右 右</p> 	<p>◆いつごろからでしょうか？</p> <p>[]</p> <p>◆どのような症状(ご希望)ですか？</p> <p><input type="checkbox"/> けがをした <input type="checkbox"/> 痛みがある</p> <p><input type="checkbox"/> しびれがある <input type="checkbox"/> 力が入らない</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ※下記に具体的にお書きください</p> <p>[]</p> <p><input type="checkbox"/> 検査がしたい ※ご希望の検査がありましたらご記入ください</p> <p>[]</p>
② 現在治療中の病気やけがはありますか？	
<input type="checkbox"/> ある → ※病名や時期を教えてください <input type="checkbox"/> ない	ある場合、それは骨粗鬆症の治療ですか？ はい ・ いいえ
③ 今までに大きな病気やけが、手術をしたことがありますか？	
<input type="checkbox"/> ある → 病名 <input type="checkbox"/> ない	けが・手術
④ 現在お薬を飲まれていますか？	
<input type="checkbox"/> 飲んでいる → ※お薬名を教えてください(お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください) <input type="checkbox"/> 飲んでいない	
⑤ 今までに「お薬」、「麻酔」、「食べ物」で副作用やアレルギーなどが出たことがありますか？	
<input type="checkbox"/> ある → ※どのような内容若しくは食べ物の種類をご記入ください。 <input type="checkbox"/> ない	
⑥ 40歳以上の方にお尋ねいたします。介護保険のご利用はありますか？	
※お持ちの介護度に○を付けてください。要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)・無 ※現在、介護保険施設をご利用の方は施設名の記入をお願いします。()	
⑦ 体内にペースメーカー、金属類等が入っている方はお知らせ下さい。	
<input type="checkbox"/> 入っていない <input type="checkbox"/> 入っている → []	※入っている物の名称をご記入ください
⑧ 女性の方のみお伺いいたします。該当するものにレ点を付けてください。	
<input type="checkbox"/> 妊娠している(月) <input type="checkbox"/> 妊娠している可能性がある <input type="checkbox"/> 授乳中である	
⑨ 本日、平井整形外科リハビリテーションクリニックを選ばれた理由を教えてください。	
身内の紹介・友人、知人の紹介・自宅(職場)に近いから・他医院からの紹介・以前からのかかりつけ 新聞・雑誌・インターネットなどの広告〔何をご覧になりましたか？〕・その他〔 〕	

医療従事者記入欄：歩行状態等

独歩 ・ 一本杖 ・ 松葉杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車椅子	介助の有無(・介助あり・監視・介助なし)
-------------------------------------	----------------------