

ふりがな			身長：_____cm 体重：_____kg
氏名	男・女		
生年月日	T・S・H・R	年 月 日	
住所	〒 _____ 電話番号（ ） — —		
	_____ 携帯電話（ ） — —		
	_____ 市		

- ・ 本日は、☐ 仕事中のけが(労災) ☐ 事故 ☐ その他
- ・ いつからどのような症状がありますか？

- ・ 他院へかかっていたり、
処方されているお薬はありますか？
【お薬手帳があれば提出してください】

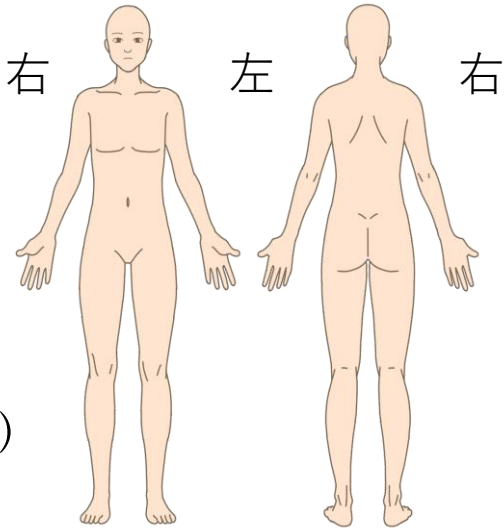
病院名（ ）
薬（ ）

- ・ かかったことのある病気

- ・ 他に医師に相談したいことはありますか？

- ・ 体内に以下のような医療用の金属、機器、人工物がありますか？
☐ あり ☐ なし
【ありの方は下記に○か記入をしてください。】

心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器、人工骨頭、
人工関節、釘、プレート、ボルトなど（整形外科の手術）
↓（ ）



症状のある部位に
○をつけてください



現在の医療・介護サービスの利用状況についてお聞かせください

はい・いいえ のいずれかに ○マルをお願いします

①介護保険にて「要介護1～5」または「要支援1または2」の認定を受けられていますか？

はい

いいえ

②介護訪問サービスを利用されていますか？

はい

いいえ

「はい」の方へ

利用施設名 ()
担当ケアマネ名 ()

③他の病院で個別リハビリテーションされていますか？

はい

いいえ