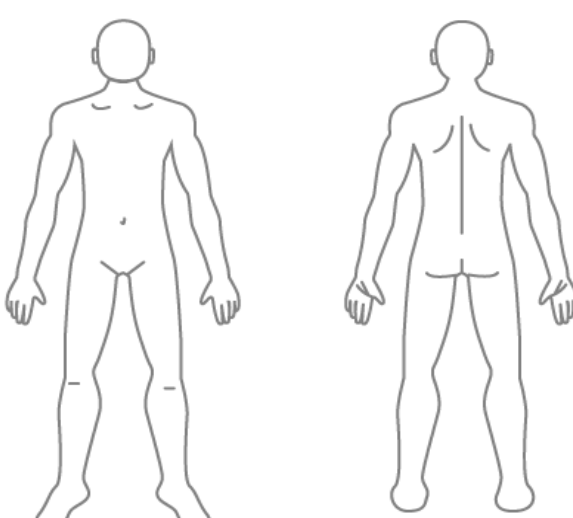




ふりがな		男・女	歳	生年月日
お名前		身長	cm	大・昭・平・令
		体重	kg	年 月 日
ご住所	〒 —	自宅電話 (— —)		
		携帯電話 (— —)		
紹介状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	画像データ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	お薬手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
介護保険での要支援・介護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護)			
他院でのリハビリ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 他の病院・医院 <input type="checkbox"/> 整骨院・接骨院・針灸院 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> その他 ()			

本日はどのような症状でご来院されましたか？	症状のある場所に○を付けてください。
<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 傷がある <input type="checkbox"/> 力が入らない <input type="checkbox"/> 動きが悪い <input type="checkbox"/> その他 ()	
いつから症状がありますか？	
<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> () 日前 <input type="checkbox"/> () 週間前 <input type="checkbox"/> () カ月前 <input type="checkbox"/> () 年前	
症状の原因は何ですか？	
<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> ねんざ <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> スポーツ <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 不明 []	
手指・足指の場合 () 指	

ご職業	<input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 力仕事 <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> 専門職 () <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ()		
スポーツ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
既往症	<input type="checkbox"/> 骨折 (部位 , 歳) <input type="checkbox"/> ご両親の大腿骨骨折 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> その他 ()		
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	薬のアレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
血液をサラサラにする薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	ステロイド服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (mg × カ月・年)
アルコール	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (酒 合、ビール ml × 本/日)		
タバコ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (本/日 × 年)		
妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (週)	授乳中	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
当院をお知りになったきっかけを教えてください			
<input type="checkbox"/> 近所だから <input type="checkbox"/> 看板広告 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> チラシを見て <input type="checkbox"/> ご家族・知人のご紹介 (様) <input type="checkbox"/> 他の医療機関のご紹介 (病院) <input type="checkbox"/> その他 ()			