

フリガナ		性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和	
お名前					年	月
ご住所	(〒 -)					
電話番号	自宅 (- -)		携帯 (- -)			
身長	cm	体重	kg	職業/学年		
お仕事中のケガですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		交通事故ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
要介護または要支援認定を受けていますか ※ 介護保険認定について確認をお願いします						
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ↳ <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5) <input type="checkbox"/> 不明						
スポーツをしていますか						
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ↳ 種目 () ポジション () ↳ 学校 () チーム名 () 頻度 週に ()日、1日あたり ()時間程度						
学校でのケガですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> はい → 学校の保険を使用しますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい					

1. 今回の症状はいつからですか

本日 昨日 その他 (年 月 日頃) から

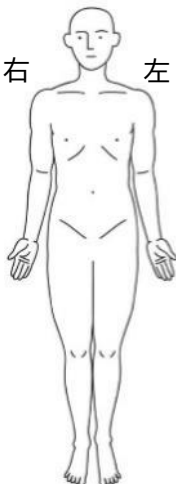
2. どのような症状ですか

痛い しびれる はれている 動かみにくい しこりがある

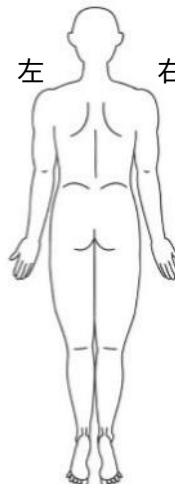
その他 []

3. 症状がある部位に○をつけてください

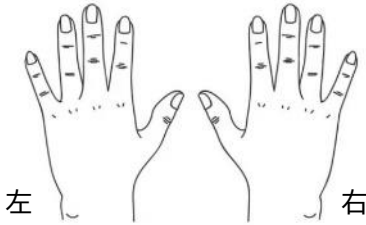
右 左



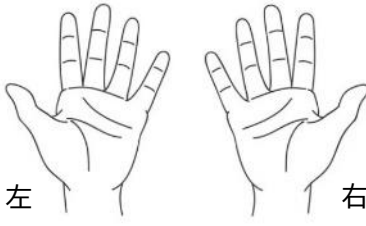
左 右



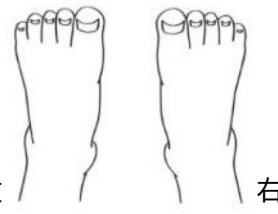
左 右



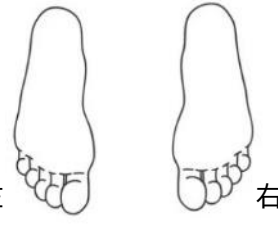
左 右



左 右



左 右



4. 症状について思い当たるきっかけはありますか

特になし スポーツで ケガ 転倒や転落 工作中 事故 その他

※ きっかけを具体的に記載してください

↳ []

裏面の記載もお願いします

5. どのような動作で症状がでますか	
① 日常生活の時 <input type="checkbox"/> 安静時 <input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 立ち上がる時 <input type="checkbox"/> 階段昇り <input type="checkbox"/> 階段下り <input type="checkbox"/> 立っている時（立ちはじめから約_____分後） <input type="checkbox"/> 座っている時（座りはじめてから約_____分後） <input type="checkbox"/> 歩きはじめ <input type="checkbox"/> 歩行時（歩きはじめから約_____分後） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
② 休まずに歩けるのは（ _____ ）分、または（ _____ ）m	
③ スポーツの時 ※スポーツをして症状がでる方のみ、具体的に記載してください （ _____ ）	
6. この症状で治療を受けたことはありますか	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ┌ いつ頃（ _____ 年 _____ 月頃から _____ 年 _____ 月頃まで） └─▶ 診断された病名（ _____ ） 検査内容 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） 治療内容 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
7. 受傷前の日常生活動作を選んでください	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車いすを使用 <input type="checkbox"/> 寝たきり
8. 他の病気で治療をしていますか	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ┌ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 └─▶ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
9. いままで手術をしたことがありますか	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ┌ いつ頃（ _____ 年 _____ 月頃） └─▶ 手術の内容（ _____ ） 手術した病院名（ _____ ）	
10. 現在、処方されている薬はありますか	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ┌ <input type="checkbox"/> お薬手帳があり、持参しています →受付にご提示ください └─▶ <input type="checkbox"/> お薬手帳がない、または持参していない →処方されている薬を下記へ全て記入してください 処方されている薬名（ _____ ）	
11. アレルギーはありますか	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ┌ <input type="checkbox"/> 薬剤 薬剤名（ _____ ） <input type="checkbox"/> 金属 種類（ _____ ） └─▶ <input type="checkbox"/> ゴム製品 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
12. 妊娠中、または授乳中ですか ※女性の方のみ	
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中	
13. 当院をどのようにしてお知りになりましたか	
<input type="checkbox"/> （ _____ 病院・医院）からの紹介 <input type="checkbox"/> 家族・知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> チラシ広告を見て（入手した場所： _____ ） <input type="checkbox"/> 当院のホームページを見て <input type="checkbox"/> 当院の Twitter を見て <input type="checkbox"/> 当院の Instagram を見て <input type="checkbox"/> YouTube 広告を見て <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	

