

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 日(歳)	
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						

1. 今回の症状はいつからですか

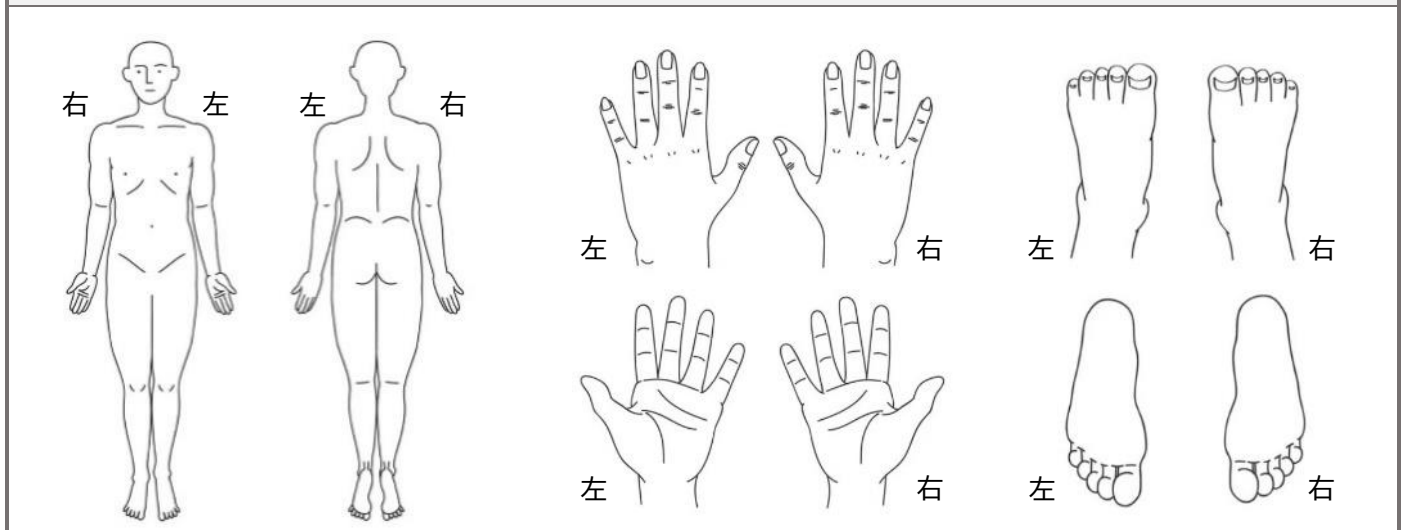
本日 昨日 その他 (年 月 日頃) から

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



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

