

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

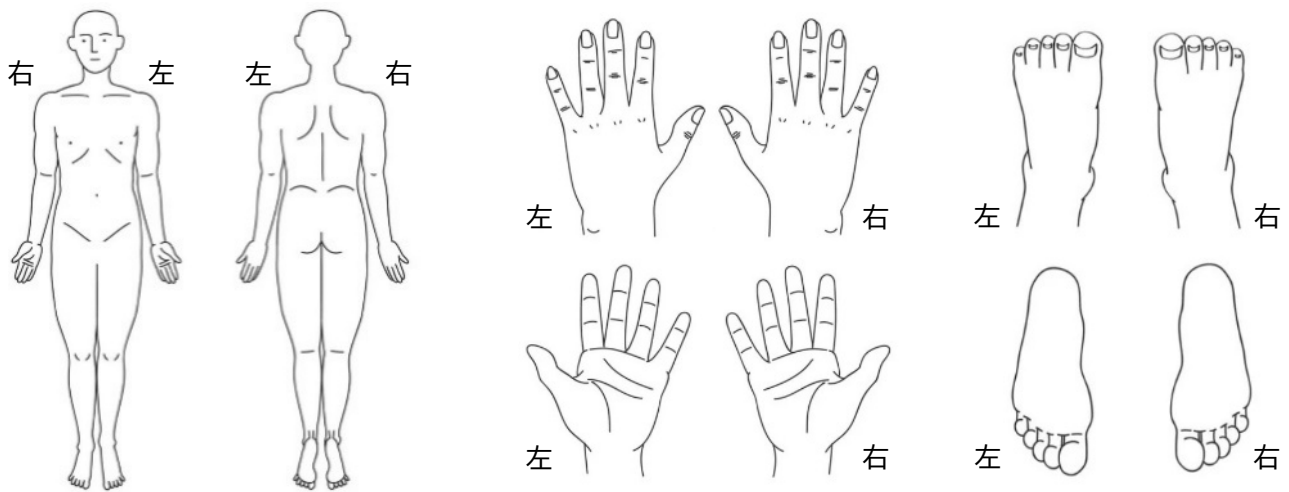
本日  昨日  その他 ( 年 月 日頃 ) から

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

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 ( _____ )	

