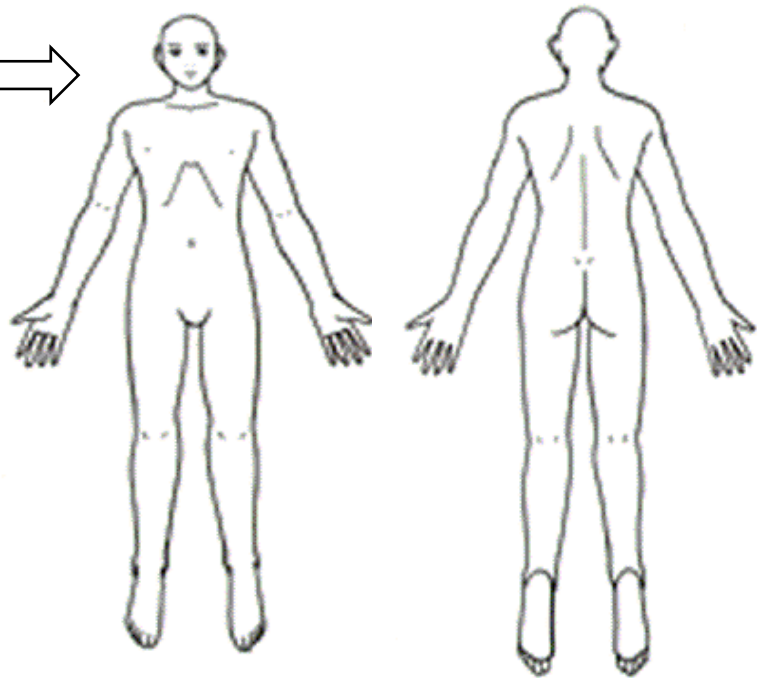
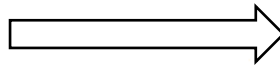


問 診 票

ふりがな			生年月日	年 月 日生	
氏名				() 才	
住所	〒	職業	自宅	—	—
			携帯	—	—
※学生の方 学校名 () 部活 ()					

1) 右の図で悪いところに
○印をつけてください



2) いつから悪いですか

月 日 頃

3) 症状に☑をしてください

- 痛い しびれる 動かしにくい
 何かできている はれている
 その他 ()

4) 原因はありますか

- ある ない わからない

↓ある場合は具体的に書いてください

(転んだ、ぶつけた、など)

5) 今飲んでいる薬はありますか

- ある ない

↓ある場合はわかる範囲で書いてください

6) 女性の方へ

・現在妊娠されていますか

- している していない 不明

・授乳中ですか はい いいえ

7) 介護保険の認定は受けていますか

- 認定あり → 区分に☑をしてください 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5

認定なし 申請希望