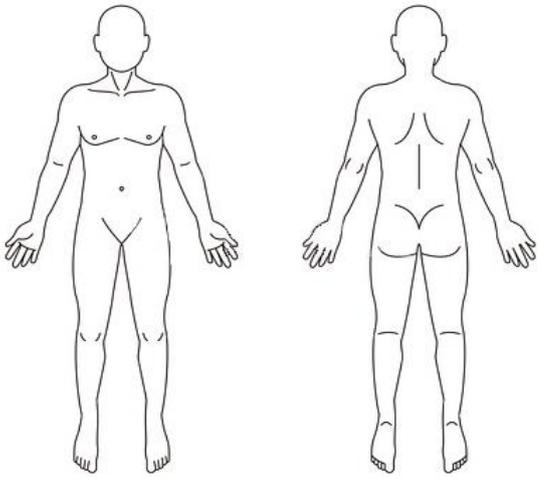


フリガナ		性別	生年月日	
氏名		男・女	大正 昭和 平成	年 月 日(才)
現住所	〒 —	電話	— —	
		携帯電話	— —	
		保険者		
介護認定	5 4 3 2 1 要支援2 要支援1			

◎ 症状のある場所に○をつけてください。



◎ 一番困っている事

()

◎ いつ頃から、どんな症状が？

()

◎ 痛みの強さはどれくらいですか？

弱い 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 強い

◎ どんな症状ですか？

何もしなくても痛い 頭痛 動かすと痛い 夜中痛い
その他 ()

◎ かかりつけ医

医療機関名 () 一番最近で通院した日 (月 日)

◎ どういう治療、説明をうけましたか？

()

◎ いままでに病気、又はケガなどはされた事がありますか？

()

◎ 当院をどこでお知りになりましたか？

紹介 () 様) ホームページ・チラシ・口コミ

◎ 介護サービス ()

◎ 質問・要望などありましたらお書き下さい。

[]