

簡易チェックシート

お名前 _____ さん 男・女 年齢 _____ 歳

既往歴

今までに大きなケガや病気にかかったことはありますか？

- ・ 心臓疾患
- ・ ペースメーカー
- ・ 肝炎 (_____ 型)
- ・ 高血圧
- ・ 体内に金属がある
- ・ 痛風
- ・ 悪性腫瘍 (ガン)
- ・ 糖尿病
- ・ 骨折、脱臼
- ・ その他 (_____)
- ・ 特になし

通院・投薬

現在、病院などで治療中や通院している病院はありますか？

病院名 _____

内科・整形外科・外科・皮膚科
眼科・脳神経外科・口腔外科
泌尿器科・耳鼻咽喉科

投薬中の薬 _____

痛み

痛みはありますか？

- ・ 右上肢
- ・ 右下肢
- ・ 首
- ・ 背中
- ・ 腰
- ・ 左上肢
- ・ 左下肢
- ・ その他

運動制限

ケガや痛みによって運動に制限はありますか？
または医師に止められている運動はありますか？

有・無

有の方はお書き下さい

[_____]

日常生活

不便なことはありますか？

有・無

有の方はお書き下さい

[_____]

目標

これからの生活における目標やデイサービスに望むことなどをお書き下さい

[_____]