

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

[]

