

リハビリテーション外来 問診票

患者氏名

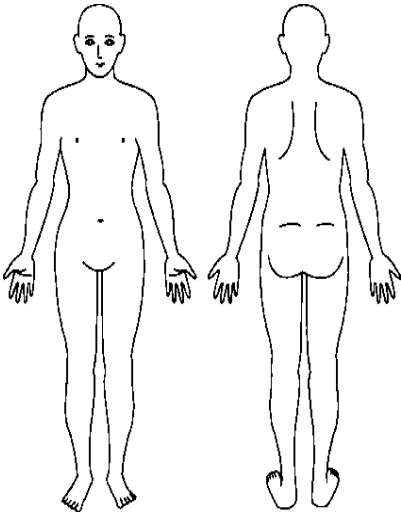
生年月日

性 別

年 齢

歳

以下の質問にご回答ください (次のページもあります)

<p>① 今回診てもらいたいこと、または診断名を記入してください ()</p>	<p style="text-align: center;">下の図で症状がある部位に ○をつけてください</p> <div style="text-align: center;">  </div>
<p>② ①の症状はいつからですか? ()</p>	
<p>③ ①のことで他の医療機関を受診しましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 医療機関名 : () 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 ()</p>	
<p>④ ①のことで手術・入院をしましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 手術日 : 年 月 日 入院期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日 医療機関名 : <input type="checkbox"/> ③と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()</p>	
<p>⑤ ①のことでリハビリを受けましたか? または現在受けていますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 医療機関名 : <input type="checkbox"/> ③と同じ <input type="checkbox"/> その他 () 実施期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日</p>	
<p>⑥ ①のこと以外でリハビリを受けたことがありますか? または現在受けていますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 診断名 : () 医療機関名 : <input type="checkbox"/> ③と同じ <input type="checkbox"/> その他 () 実施期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日</p>	
<p>⑦ ①のこと以外でこれまでに手術を受けたことがありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 手術の内容 : () いつ頃 : () 手術した医療機関 : ()</p>	

次のページも記入をお願いします

<p>⑧ 他の病気などで治療をしていますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ</p> <p><input type="checkbox"/>はい→ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 不整脈 ・ 脳血管疾患 ・ 糖尿病 ・ 喘息 ・ 骨粗鬆症 その他 ()</p>
<p>⑨ 現在処方されているお薬（内服・注射など）はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ</p> <p><input type="checkbox"/>はい→ 処方されているお薬を記入してください ※お薬手帳がありましたら受付にお出してください ()</p>
<p>⑩ 緊急時(胸痛、低血糖など)に使用するためのお薬を携帯していますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ</p> <p><input type="checkbox"/>はい→ どのような症状の時：() 何の薬を：() どのように使用：()</p>
<p>⑪ アレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい→ <input type="checkbox"/>薬 剤：薬剤名 () <input type="checkbox"/>食べ物：食品名 () <input type="checkbox"/>金 属：種 類 () <input type="checkbox"/>ゴム製品 <input type="checkbox"/>アルコール <input type="checkbox"/>花粉症 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
<p>⑫ 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>
<p>⑬ 当外来をどのようにしてお知りになりましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>埼玉医科大学病院 () 科) からの紹介</p> <p><input type="checkbox"/>埼玉医科大学総合医療センター () 科) からの紹介</p> <p><input type="checkbox"/>他の医療機関からの紹介 → 医療機関名： <input type="checkbox"/>③と同じ <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/>家族・知人からの紹介 <input type="checkbox"/>インターネット・SNS <input type="checkbox"/>看板・はり紙</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p>

ご記入ありがとうございました

患者 ID :

「リハビリテーション総合計画書」の作成にあたり以下のアンケートにご協力をお願いいたします

患者氏名 生年月日
性別 年齢 歳

1. 利き手はどちらですか？ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 左を右に矯正した
2. ご職業は何ですか？ 職業 () <input type="checkbox"/> 学生 (小・中・高・大・専門 年生) <input type="checkbox"/> 無職
3. お仕事をされている方へ質問です。 1) お仕事の内容をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> デスクワーク <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> その他 () 2) 今回のケガ・病気で勤務に変化はありましたか？ <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 病欠中 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 退職した <input type="checkbox"/> 退職予定 <input type="checkbox"/> その他 () 3) 現在病欠中・休職中の方、復職予定はありますか？ <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> () 頃復職 → 配置転換予定… <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
4. 現在の経済状況について当てはまるものに記してください。 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> 家族の収入 <input type="checkbox"/> その他 ()
5. 普段、運動をしていますか？ (ウォーキング、散歩なども含む) <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> しているが今回のケガ・病気で休んでいる 1) 何の運動を行っているか (部活動なら何部か) ご記入下さい。 () 2) 運動への復帰時期などの目標や希望はありますか？あればご記入下さい。 ()
6. 今回のケガ・病気に関わる不安やストレスがありますか？ <input type="checkbox"/> 不安 () <input type="checkbox"/> ストレス ()
7. 現在の生活スタイルについて記してください。 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 寮生活 <input type="checkbox"/> 同居している 父 ・ 母 ・ 配偶者 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ・ 子 子の夫婦 ・ 孫 ・ その他 ()

次項に続きます。

