

解決すべき課題について

◎リハビリを希望するにあたり、改善したい事・目標としたい事をできる限り詳しく教えてください。

例) ○○の痛みを緩和し、筋力を強化して歩行を安定させたい。など

()

健康状態について

1. 現在、治療中の病気はありますか？

認知症 ・ 脳卒中 ・ 心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ リウマチ
高血圧症 ・ 不整脈 ・ 脊柱管狭窄症 ・ 膝関節症 ・ パーキンソン病
骨折(部位) ・ その他()

2. 以下の障がいがありますか？

片麻痺(右・左 / 不全麻痺・完全麻痺) 言語障がい 視覚障がい 嚥下障がい
聴覚障がい 補聴器(右・左 / あり・なし)

3. これまでに手術したことがありますか？

なし
あり：病名() 時期()

4. 現在、体に痛みはありますか？

なし
あり：部位() 鎮痛剤の使用 なし あり

5. 現在、以下の薬を服用していますか？

認知症 ・ 降圧剤 ・ 抗凝固剤(抗血小板剤含む) ・ 不整脈 ・ ニトロペン
血糖降下剤 ・ インスリン注射 ・ 骨粗鬆症 ・ パーキンソン ・ ステロイド ・ 抗がん剤
※本利用が決まれば、お薬手帳の提出をお願いしています。

6. かかりつけ病院を教えてください。

病院名() 医師名()

7. リハビリについて、主治医からの禁忌事項の指示または、ご意見がありますか？

なし
あり：具体的に記入してください。
()