

入所者整形外科受診依頼票

H 年 月 日

受診者氏名:

男・女 年齢:

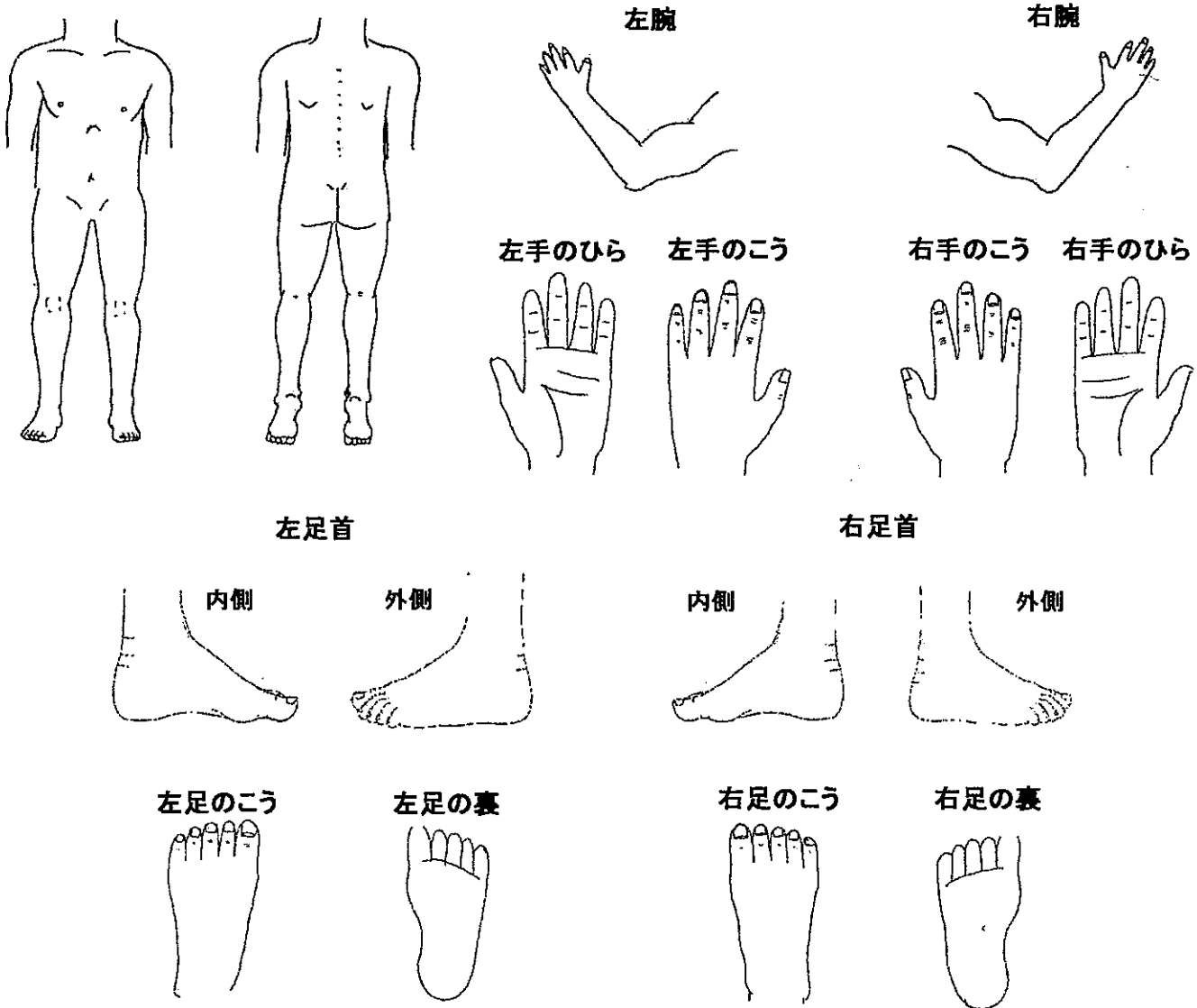
1.どのような症状で来院されましたか？

痛い しびれ 腫れ 発赤 動きにくい その他()

2.いつ頃からですか？

月 日より 本日 昨日 2-3日前 1週間前 その他()

3.症状のある部位を下の図で示してください。



4.症状が出たきっかけ・原因は何ですか？ 頭をぶつけていますか？

特に原因なし 転倒 その他() 頭をぶつけている・ぶつけていない

5.現在治療中の病気があれば教えてください。

高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 腎臓病 喘息 その他() 治療中の病気はない
(内服中の薬:)

6.認知症がある場合その程度教えてください。

大声を出す 転倒・転落の危険性がある おだやか

7.付き添い者・移動手段

施設職員 家族 ストレッチャー 車いす 独歩