

質 問 票

太枠の仲をご記入ください。

お名前： _____ 生年月日： _____ 年 月 日

■ 具合の悪いところを具体的に記入してください。どこがどのように悪いですか？

■ いつからですか？

■ 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックして下さい。

- 喘息 肺炎 結核 高血圧 肝臓病
 腎臓病 糖尿病 脳卒中 がん 心臓病
 その他 病名：

■ 現在、飲んでいる薬があれば記入してください。

(利用者 ID _____)

ご住所： 〒 _____

電話番号： _____

緊急連絡先： _____ 電話番号： _____

かかりつけ医師： _____ 電話番号： _____

Rehabilitation Plus