

事前調査票

氏名

性別 男 ・ 女

生年月日 大・昭・平 年 月 日生

疾患名 ()

麻痺の種類 ()

合併症 ()

てんかん 有 ・ 無

移動方法 ()

痛み 有 (体幹 ・ 上肢 ・ 下肢) ・ 無

拘縮 有 (体幹 ・ 上肢 ・ 下肢) ・ 無

定時薬 ()

手術歴 体幹 ・ 上肢 ・ 下肢

装具 有 () ・ 無

主治医 ()

仕事歴 ()

その他 ()