

事前調査票

氏名

性別

連絡先

(自宅・携帯)

生年月日

疾患名

()

麻痺の種類

()

合併症

()

てんかんの有無

移動方法

()

痛みの有無

体幹 上肢 下肢

拘縮の有無

体幹 上肢 下肢

定時薬

()

手術歴

体幹 上肢 下肢

装具の有無

主治医

仕事歴

その他

()