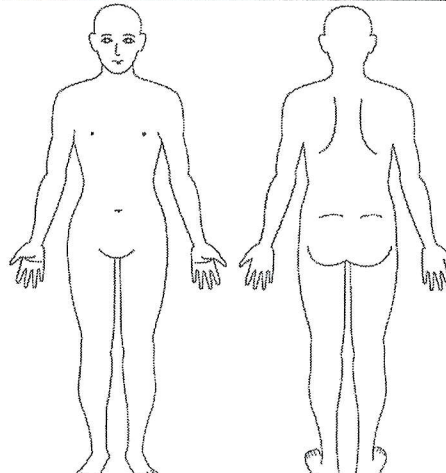


類似負傷用施術内容情報提供書 (案)

(1)初検時の症状・所見	(2)【 年 月 日】の症状
--------------	----------------

患者様記入欄 初回(年 月 日) 署名[] 痛みの種類 安静時()動作時()通常時() ()内は、1-鈍[どん]痛.2-ズキズキ痛む.3-押すといたい. 4-動かすと痛い、5-安静時でも痛い 患部に腫[は]れはありますか あり なし 患部に熱はありますか あり なし 患部は色が変わっていますか あり(色:赤/青/黄) なし その他自覚症状は? () 医科に現在通院されていますか あり なし 通院の場合、医科から薬・注射はありますか? あり(日分) なし 軽 1 2 3 4 5 6 7 8 9 重 ----- 現在の痛みの程度を数字にて上にご記入ください。	患者様記入欄(年 月 日) 署名[] 痛みについて ()よくなった ()改善しない ()一進一退 ()施術後は改善するが、悪化する 悪化する日数 (日) その他() 痛みの程度は? 軽 1 2 3 4 5 6 7 8 9 重 ----- どの程度まで改善しましたか?上の数字に○をしてください。
---	--

痛みが発生しているところへ ○-()痛 ×-()痛 △-()痛 で表示して下さい。 (例)○-圧痛 ×-疼痛 △-運動痛 など		腫れ 〰️変色 〰️等 は該当部分に、上図のように斜線で影を付けてください。何症目かの 番号を横に書いて
特記事柄 []		

初回 運動機能障害 ()を曲げた時の角度 ()度 ()を曲げた時の角度 ()度 ()を上げた時の角度 ()度 自立歩行 可/不可/介助があれば可 自立座位保持 可 不可 寝返り 可 不可 その他() 症 状 腫 れ 有 無 変色()色 有 無 熱 感・温 度 有 無/温度(°C) その他() 既往症()	(年 月 日)確認 運動機能障害 ()を曲げた時の角度 ()度 ()を曲げた時の角度 ()度 ()を上げた時の角度 ()度 自立歩行 可/不可/介助があれば可 自立座位保持 可 不可 寝返り 可 不可 その他() 症 状 腫 れ 有 無 変色()色 有 無 熱 感・温 度 有 無/温度(°C) その他() 服用している薬の種類() () ()
[保険請求再開理由]	

二重線内は患者様に記入してもらって下さい