|  |
| --- |
| コロバンダー・リモート＆電話相談問診表頂いた情報はコロバンダー処方用途のみに使用いたします |
| ご氏名　　　　　　　　　□男性　　□女性　　才　　　　身長　　㎝　体重　　㎏〒　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　 |
| ⑴：傷病名（例/脳梗塞片麻痺） |  |
| ⑵：発症年齢は？ | 　　　　　才　　　　　年前 |
| ⑶：尖足マヒは？ | □右　□左　□両側　　　□軽い　□中　□重度 |
| ⑷：内反マヒは？ | □右　□左　□両側　　　□軽い　□中　□重度 |
| ⑸：足ユビの握りこみは？ | □右　□左　□両側　　　□軽い　□中　□重度 |
| ⑹：マヒのタイプは？ | □痙縮　□弛緩　□両方を繰り返す |
| ⑺：足関節の拘縮は？ | □右　□左　□両側　　　□軽い　□中　□重度 |
| ⑻：脚の筋肉の萎縮は？　　部位は（例/ふくらはぎ） | □右　□左　□両側　　　□軽い　□中　□重度 |
| ⑼：反張膝は？　　膝折れ現象は？ | □右　□左　□両側　　　□軽い　□中　□重度□右　□左　□両側　　　□軽い　□中　□重度 |
| ⑽：障害の等級は？ | 下肢（　　　）級　　　　　　上肢（　　）級　 |
| ⑾：足首を固定する装具は | □無い　□有り　装具の種類は　（　　） |
| ⑿：杖など歩行補助具は？ | □無い　□有り　補助具の種類は　（　　　） |
| ⒀：身の世話を支援する人は？ | □無い　□居る　 |
| ⒁：躓きや転倒は？ | □無い　□たまにある　□頻繁にある |
| ⒂：階段の上り下りは？ | □前を向いて手すり無し　　□前を向いて手すり有り□降りるときは後ろ向き　　□上り下り出来ない |
| ⒃：患肢のむくみは？ | □無い　□有る　原因病は（　　） |
| ⒄：患側手の麻痺は？ | □無い　□無い　　　□軽い　□中　□重度 |
| ⒅：現在リハビリ受療中？ | □無し　□有り　　　□週に　　　回 |
|  |
| その他　（日常生活や体の悩みなどをお伝えください）●失語症●高次脳機能障害●腰痛・首の痛みなど |  |