|  |  |
| --- | --- |
| コロバンダーお家お試し申し込み前/問診表  当てはまる□⇒■を塗りつぶして追記下さい。頂いた情報は上表記の目的にのみ利用します | |
| ご氏名　　　　　　　□男性　　□女性　　才　　身長　　㎝　体重　　㎏  〒　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　電話 | |
| **【　病　歴/生活状況　】**  1：傷病名  2：発症年齢  3：障害の程度（級）  4：使用中の下肢装具  5：杖等歩行補助具  6：リハビリ受療状況  7：同居家族の有無  ８：施設入所の有無 | 1：  2：　　　　　才  3：　　　　　級  4：　□無　□有り　種類  5：　□無　□有り　種類  6：　□無　□有り  7：　□無　□有り  8：　□無　□有り |
| **【　主症状　】**  1：尖足マヒ　右.左.両側  2：内反  3：足関節拘縮  4：足ユビ握り込み  5：つまずき現象  6：膝折れ  7：反張膝  8：手指のマヒ  9：ぶん回し歩行  10：階段の上り下り恐怖  11：左右の肩下がり  12：失語症  13：腰痛など体調の悩み  ダイアグラム  中程度の精度で自動的に生成された説明 | 1：□無　　右　□弱　□中　□強　　　　左□弱　□中　□強  2：□無　　右　□弱　□中　□強　　　　左□弱　□中　□強  3：□無　　右　□弱　□中　□強　　　　左□弱　□中　□強  4：□無　　右　□弱　□中　□強　　　　左□弱　□中　□強  5：□無　　右　□弱　□中　□強　　　　左□弱　□中　□強  6：□無　　右　□弱　□中　□強　　　　左□弱　□中　□強  7：□無　　右　□弱　□中　□強　　　　左□弱　□中　□強  8：□無　　右　□弱　□中　□強　　　　左□弱　□中　□強  9：□無　　右　□弱　□中　□強　　　　左□弱　□中　□強  10：□無　　右　□弱　□中　□強　　　　左□弱　□中　□強  11：□無　左肩　□弱　□中　□強　　　右肩　□弱　□中　□強  12：□無　　□弱　　□中　　□強  13：□無　□有り  下腿のサイズ  ⑴：ふくらはぎ最大部径　　㎝  ⑵：下腿の長さ　　㎝  ⑶：靴のサイズ　　㎝  Q：コロバンダーに期することは　例）オシャレな靴を履きたい |