|  |
| --- |
| 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 |