

## カウンセリングシート

記載日： . .

フリガナ								
お名前	様			生年月日	(西暦)	年	月	日生
性別	男 ・ 女	血液型	A ・ B ・ O ・ AB			年齢	満	歳
ご住所	〒							
ご連絡先 (TEL)					家族構成	独居 ・ 同居 ( )		
ご連絡先 (Mail)	@				緊急 連絡先			
職業 仕事内容								

**Q1.疾患名：** 脳出血 ・ 脳梗塞 ・ その他 ( )

発症時期： ( 年 月 日頃)

**Q2.入院していた病院：**

**Q3.医師から注意されていること：**

**Q4.希望するリハビリ。（改善を希望する箇所や課題をご記入ください）**

Q5. 現在受けているリハビリ（該当するものに○をつけてください。複数可）

種類： 外来リハ ・ デイ ・ 訪問リハ ・ 訪問マッサージ ・ 保険外リハビリ

担当： PT（理学療法） ・ OT（作業療法） ・ ST（言語療法） ・ 柔道整復師 ・ 鍼灸師

量： 月 火 水 木 金 土 日                      1回のリハビリの時間：およそ 分

現在行っているリハビリ内容：