



問診票

来院日： 年 月 日

*あてはまる箇所に○をつけて下さい

身長()cm 体重()kg

ふりがな お名前		男 ・ 女	大正・昭和・平成・令和			年齢 歳
			年	月	日生	
ご住所	〒 _____		電話番号			
			携帯電話			
			緊急連絡先	同上・ (- -)		

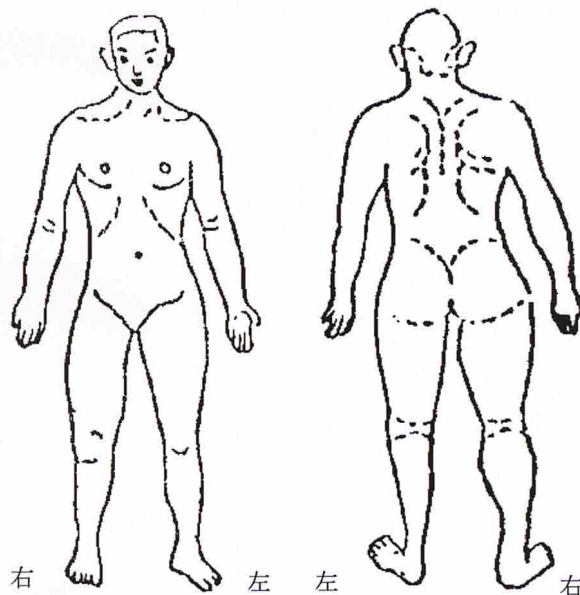
※下記の質問事項にご記入ください。

●今回診察してもらうところはどこですか？

(1)どのような症状ですか？

(症状のあるところに○をつけてください)

- ・ 痛い ・ こわばる ・ しびれる ・ ぐらぐらする
- ・ だるい ・ 腫れている ・ 歩けない ・ かくかくする
- ・ あがらない ・ 張りがある
- ・ その他()



(2)いつからですか？

()

(3)思い当たる原因はありますか？

ある (スポーツ:)
ない

◎その時の状況・一番痛みのでる動きを簡単にお書きください

()

(4) 今回のケガ・症状で他院を受診されていますか？

はい いいえ

(病院名 :) (病名 :)

(5) 現在、他の病気で通院されていますか？

はい いいえ

(病院名 :) (病名 :)

(6) 現在服用中のお薬はありますか？ある方は、お薬の内容をお聞かせください。

- ・ 血圧の薬 ・ 糖尿病の薬 ・ 痛み止め ・ 胃薬 ・ 抗血栓薬 ・ その他()

(7) 女性の方へ

①妊娠中ですか

②授乳中ですか

はい いいえ

はい いいえ

(8) どなたかのご紹介ですか？

はい (紹介状 あり ・なし) いいえ

(9) その他 何かありましたらお書きください。

スポーツされている方にお聞きします

(1) 所属は？

学校・会社名： _____

学年： _____ 年生

所属クラブチーム名(主な球技)： _____

(2) 現在やっているスポーツは何ですか？

スポーツ： (軟式・硬式) _____

ポジション： _____

(3) 今までどんなスポーツをしていましたか？

(学校名) _____ (スポーツの種類) _____

_____ 小学校： _____ (軟式・硬式) ポジション： _____

_____ 中学校： _____ (軟式・硬式) ポジション： _____

_____ 高校： _____ (軟式・硬式) ポジション： _____

_____ 大学： _____ (軟式・硬式) ポジション： _____

_____ (社会人)： _____ (軟式・硬式) ポジション： _____

(4) 1週間に何日練習しますか？ 練習日に○をつけてください。

(月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日)

練習がないときは何をしていますか？

(5) 1日の練習時間・量はどれくらいですか？

【時間】 平日：1日あたり _____ 時間

休日：1日あたり _____ 時間

【量】 1日あたり _____ 球投げる _____ km走る _____ m泳ぐ

(6) 練習の前後にアイシングやストレッチを取り入れていますか？

いつも行っている ・ ときどき ・ 痛いときだけ ・ めったにしない ・ 全くしない

(7) あなたの運動能力について教えてください。

①50m走のタイム： _____ 秒 (例：〇秒〇〇)

②持久走は _____ mで _____ 分 _____ 秒

③遠投は、硬球 ・ 軟球 ・ ソフトボール ・ その他(_____)で _____ m

(8) 検査をする場合、どこまで希望しますか？

検査はしたくない ・ 必要最低限の検査のみ ・ 出来るだけ検査をしたい

(9) もし手術が必要な場合、手術をしてでも治したいですか？

はい ・ いいえ ・ わからない ・ その他

* ご協力ありがとうございました。