



来院日: 年 月 日

身長() cm 体重() kg

ふりがな	男	大正・昭和・平成・令和	年齢
お名前	女	年 月 日生	歳
ご住所	〒	電話番号	
		携帯電話	
ご職業	(デスクワーク・立ち仕事)	緊急連絡先	同上・(- -)

※下記の質問事項にご記入ください。

(1)どのような症状ですか？

- ・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()

●今回診察してもらうところはどこですか？
(症状のあるところに○をつけてください)

(2) 仕事・通勤途中のケガですか？(はい・いいえ)

(3)いつからですか？

()

(4)思い当たる原因はありますか？ あり / なし

- 転倒 接触 捻った ぶつけた
- その他()

○現在、一番痛みのでる動きを簡単にお書きください

()

(5) 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:)

(6) 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:)

(7) 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()

(8)アレルギーはありますか？ あり / なし

(9) 女性の方へ

①妊娠中ですか はい・いいえ ②授乳中ですか はい・いいえ

(10)骨粗鬆症の検査をご希望ですか？

はい・いいえ

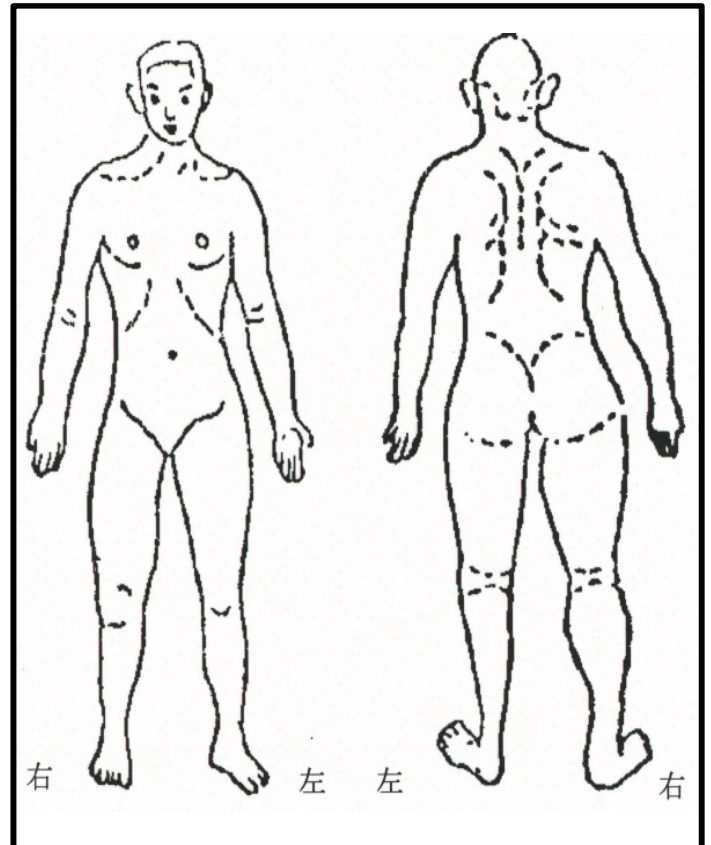
(11)受けてみたい治療法はありますか？希望には○・希望なし×・わからない / どちらでも良い△

注射、ハイドロリリース()・運動療法()・ショックマスター()・インディバ()

超音波骨折治療器()・鍼()・マッサージ()

☆当院はオンライン資格にて情報の取得・活用し、質の高い医療の提供に努めています。

スポーツされている方は2枚目にもご記入お願いします。



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:○秒○○)

②持久走のタイム： _____ 秒 (例:○秒○○)

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

(8)どなたかのご紹介ですか？ はい(どなた: _____ 紹介状:あり・なし)・いいえ

(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。