

スポーツ問診票

(フリガナ)	年齢	性別	身長	体重
お名前			cm	kg

●紹介状や他院からのCD-R、レントゲンフィルム、お薬手帳をお持ちの方は受付にご提出ください

○再診の方は住所や電話番号などの変更がありますか？ ☐いいえ ☐はい

○医療関係者ですか？

☐いいえ ☐はい【具体的に: _____】

○特定の医師、理学療法士の診療をご希望で来院されましたか？

☐いいえ ☐はい【 _____】

○よろしければ当院にお越しいただいた理由をお聞かせください

☐他院からの紹介 ☐知人からの紹介 ☐ご家族からの紹介 ☐インターネット ☐その他

○今日はどうされましたか？

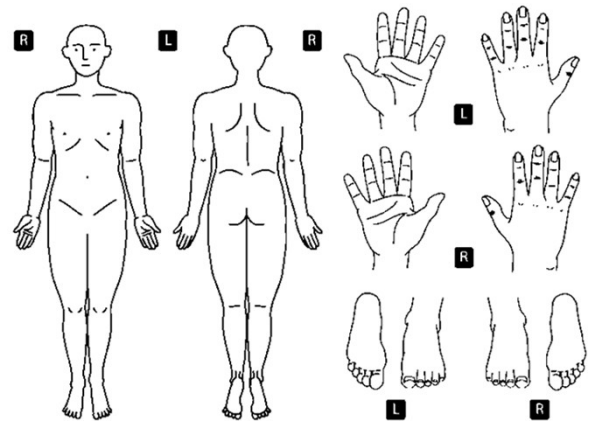
・いつから _____年_____月_____日頃～

・ _____(日・週・月・年)前～

・症状はいつ出現しますか？

☐スポーツの時のみ ☐日常でも出現

(どこがどのように具合が悪いかご記入ください)



○競技種目【 _____】 ポジション【 _____】

○所属チーム・クラブ【 _____】 指導者【 _____】

○競技歴 ☐幼少時より ☐ (小・中・高・大学生より _____年間) ☐その他

○近いうちに大事な試合、記録会等がありますか？それに間に合わせる必要がありますか？

☐ある➡ _____月 _____日 大会名: 【 _____】

☐間に合わせる必要なし ☐間に合わせる必要あり

☐なし

○検査や治療についてご希望はありますか？(複数選択可)

☐レントゲン ☐CT・MRI ☐骨密度検査 ☐保存療法(薬・湿布・注射)

☐リハビリ ☐手術相談 ☐体外衝撃波 ☐他院へ通院したが症状が改善しない

○アレルギー症状を起こしたことがありますか？

☐無 ☐有 ➡薬【 _____】 食べ物・果物【 _____】 金属・ゴム製品

○注射・麻酔で気分が悪くなったことがありますか？

☐無 ☐有 ➡【薬剤名: _____】

○現在内服中の薬剤について

☐無 ☐有 ➡【 _____】

※本日、お薬手帳をお持ちでしたら受付にご提出ください

○今までかかったことがある病気、現在治療中の病気を○で囲んでください

高血圧・高脂血症・糖尿病・喘息・胃腸の病気・肝臓の病気・心臓の病気

肺の病気・甲状腺の病気・脳の病気・目の病気・悪性腫瘍・腎臓の病気・シャント

歯の治療中または治療予定・ペースメーカー、除細動器を使用・ステント留置・脳動脈クリップ

その他【 _____】

手術歴【 _____】

○女性の方へ ※妊娠中、またはその可能性がありますか？授乳中ですか？

☐はい ☐いいえ

ご記入ありがとうございました。