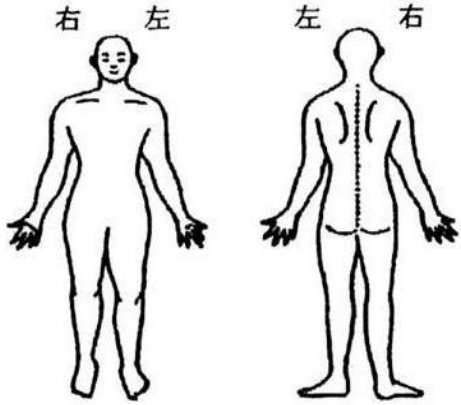


ID:

問 診 票

太枠内をわかる範囲でご記入ください

職員 使用欄	受付	Dr	XP	MRI	PT	リハ
	新患		初診	再診	別部位	

診察日	年	月	日	ホームページ 印刷 用		
フリガナ				生年月日	明治・大正・昭和・平成	
氏名	男・女				年	月
自宅住所	〒 -					
電話	()			携帯電話	()	
* 診察を希望する体の部位に○印をつけてください  * 下記に該当する方は○を付けてください ・ 労災・交通事故 [受傷日 年 月日]	身長	cm				
	体重	kg				
	* いつごろからですか * 痛みの原因は何ですか (例: ぶつけた・転んだ) * 同じ症状で 他病院を受診した事がありますか 病院名 () 時期 (年 月頃から 年 月ごろまで・現在も加療中)					

● 持病はございますか	はい ()	いいえ
● 現在服用している薬がございますか ※ お薬手帳ございましたら、ご提出ください	はい ()	いいえ
● 薬で副作用が出たことがありますか	はい ()	いいえ
● 麻酔で気分が悪くなったことがありますか ※ 歯医者なども含む	はい	いいえ
● 妊娠の可能性はありますか	はい	いいえ
● 整形外科 (痛み) 以外で、気になる所・症状などありますか	はい	いいえ
● 肥満や生活習慣病の予防と改善に、その人にあった運動療法を指導しています。この運動療法に興味はありますか	はい	いいえ
● 介護保険を利用してリハビリをされていますか	はい	いいえ
当院を何で知りましたか	インターネット 看板 知人からの紹介 (様) セミナー その他	

* スポーツ競技いるをされて方は、スポーツ問診票もお書きください *

スポーツ障害用問診票

カルテNo. _____

日付 _____ 月 _____ 日 _____

フリガナ

氏名 _____

所属チーム名又は学校名 _____

学年 _____

1 現在行っているスポーツは何ですか

- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 野球 | <input type="checkbox"/> サッカー | <input type="checkbox"/> バスケットボール | <input type="checkbox"/> バレーボール |
| <input type="checkbox"/> テニス | <input type="checkbox"/> バドミントン | <input type="checkbox"/> ハンドボール | <input type="checkbox"/> ソフトボール |
| <input type="checkbox"/> 陸上 | <input type="checkbox"/> 卓球 | <input type="checkbox"/> 剣道 | <input type="checkbox"/> ラグビー |
| <input type="checkbox"/> 柔道 | <input type="checkbox"/> 合気道 | <input type="checkbox"/> 太極拳 | <input type="checkbox"/> 空手 |
| <input type="checkbox"/> ゴルフ | <input type="checkbox"/> 器械体操 | <input type="checkbox"/> 新体操 | |
| <input type="checkbox"/> アメリカンフットボール | <input type="checkbox"/> スキー・スノーボード | | |
| <input type="checkbox"/> ジョギング | <input type="checkbox"/> その他(_____) | | |

2 何歳からはじめましたか

- | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 六歳以下 | <input type="checkbox"/> 小学校低学年 | <input type="checkbox"/> 小学校高学年 | <input type="checkbox"/> 中学校 |
| <input type="checkbox"/> 高校生 | <input type="checkbox"/> 大学生 | <input type="checkbox"/> 20歳～30歳 | <input type="checkbox"/> 30歳以上 |

3 現在レギュラーですか。また、主な成績をお知らせください(例:国体代表)

- はい いいえ
- 成績(チーム: _____ 個人: _____)

4 練習日は週何回ですか

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1日 | <input type="checkbox"/> 2日 | <input type="checkbox"/> 3日 | <input type="checkbox"/> 4日 |
| <input type="checkbox"/> 5日 | <input type="checkbox"/> 6日 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 | |

5 1日の練習時間はどれぐらいですか

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1時間以内 | <input type="checkbox"/> 1～2時間 | <input type="checkbox"/> 2～3時間 | <input type="checkbox"/> 3～4時間 |
| <input type="checkbox"/> 4時間以上 | | | |

6 現在練習はどうしていますか。

- 痛くてやれない(休んでいる)
- 痛みの出ないものだけやっている。
- 痛みがあるがやっている。

7 怪我をしてから(または痛みを感じ始めてから)の痛みの経過についてお聞きます

- ケガした時と全く変わっていない 徐々によくなっている
- 徐々に悪化している

8 どんなときに痛みを感じますか。

- 安静にしていても痛い
- 日常生活動作(例:歩く、寝返り、着替える等)でも痛い
- スポーツのときだけ痛い 起床時や朝に痛い
- 夜になると痛い 練習後など疲れてくると痛い

9 今、練習や大会。試合を続けることを強く望みますか。

- (例:注射・消炎鎮痛薬・テーピング等を行ってでも、練習や大会に出なくてははいけないと考えている)
- はい
- わからない
- 休んで治るのであれば休みたい