

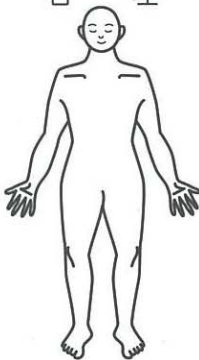
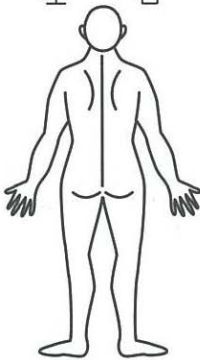
ID:

文書：清泉一全-016

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 日
自宅住所	〒 ー		
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。		身長	cm
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>右 左</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>左 右</p>  </div> </div>		体重	kg
		痛みの原因は何ですか（ぶつけた・転んだ等）	
		* 下記に該当する方は○を付けてください ・交通事故 ・労災 ・学校での受傷	
いつごろからですか？	今日 昨日	それ以前から () くらい前	
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	現在加療中 ・ 年 月頃から 年 月ごろまで	
●介護サービスを利用していますか	いいえ・はい		
●持病をお持ちの場合はご記入ください	()		
●現在服用している薬がありましたらご記入ください	()		
●薬で副作用が出たことがありますか	ない・ある ()		
●麻酔で気分が悪くなったことがありますか	ない・ある		
●妊娠の可能性がありますが	ない・ある		
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)・その他		
** スポーツ競技をされている方は、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"/> バトミントン | <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