

## 問診票

新患 再初診 別・同

社 国 自費 交 労

問診 受付 問 保

介保： 有 無

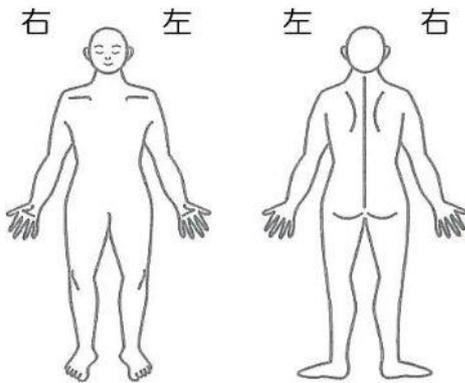
太枠内をすべてご記入ください。

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 ( 歳)
携帯電話	( )	自 宅	( )
住 所	〒 -		

- 介護保険の認定を受けていますか (65歳以上)  いいえ  はい (介護保険証をご提出ください)
- 学校での受傷の場合、スポーツ保険を利用しますか  いいえ  はい

## &lt; 症状についてお答えください &gt;

●診察を希望する部位に○をしてください



身長 cm / 体重 kg

●どのような症状ですか

痛い・しびれ・はれ・違和感  
その他 ( )

●いつごろからですか

今日・昨日・それ以前 ( 月 日)

●症状はいつ起こりますか

常にある・スポーツや運動時  
寝ている時・起床時・ときどき

●原因にころあたりはありますか

・なし  
・あり (下の空欄へ具体的にご記入ください)

交通事故・労災

●同症状で他の病医院や接骨院を受診していますか

・いいえ  
・はい

・病院名 \_\_\_\_\_

・治療内容 \_\_\_\_\_

・時 期 現在通院中 ・ 年 月頃から 年 月頃まで通院

## &lt; 下記の質問にお答えください &gt;

●持病はありますか (例：高血圧、糖尿病、うつなど)

いいえ・はい 病名： \_\_\_\_\_

●内服中の薬がありますか (お薬手帳をお持ちでしたらご提出ください)

いいえ・はい 薬品名： \_\_\_\_\_

●薬で副作用が出たことがありますか

いいえ・はい (薬品名： \_\_\_\_\_)

●麻酔で気分が悪くなったことはありますか

いいえ・はい

●リハビリを希望しますか

希望する・必要なら希望する・希望しない

●女性の方のみお答えください

・妊娠中ですか

いいえ・はい

・授乳中ですか

いいえ・はい

当院をどこで知りましたか

インターネット・看板・知人からの紹介 ( \_\_\_\_\_ )

様)・その他

ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付までご提出ください。  
スポーツをされている方は、スポーツ問診票もご記入ください。

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します

- 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。

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 安静にしても痛い                     |  |
| <input type="checkbox"/> 日常の生活動作(例: 歩く、寝返り、着替える等)でも痛い |  |
| <input type="checkbox"/> スポーツのときだけ痛い                  | <input type="checkbox"/> 起床時や朝に痛い      |
| <input type="checkbox"/> 夜になると痛い                      | <input type="checkbox"/> 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