

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

ホームページ印刷用

※太枠内をすべてご記入ください。

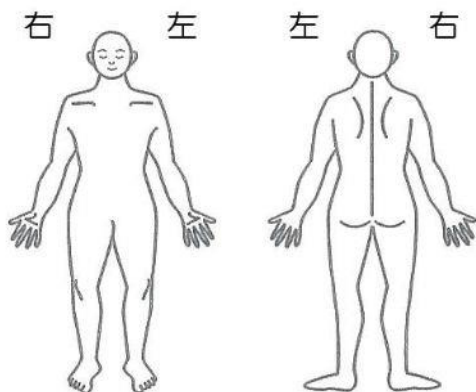
※未成年の方は自宅又は家族の電話番号もご記入ください

診察日	年 月 日	生年月日		明治・大正・昭和・平成・令和
フリガナ				年 月 日 (歳)
氏名	男・女			
電話番号	自宅： 携帯：(本人)			(保護者)
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
- 付添いの方はいますか ※未成年の方のみ記入 いいえ はい (父 母 その他)

< 症状についてお答えください >

- 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

< 下記の質問にお答えください >

- 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： _____)
- 喘息はありますか いいえ はい
- 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・その他()

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