

スポーツ整形外科問診票

40歳以上の方はお答えください

要介護認定を受けていますか？

いいえ・はい(要支援・要介護・申請中)

記入日： 年 月 日

氏名： 年齢： 歳 ご職業・学年：

所属チーム名/学校名： 身長： cm 体重： kg

1. 現在おこなっているスポーツについてご記入ください。※複数回答可

種目： ポジション： レベル：全国 地方 趣味

種目： ポジション： レベル：全国 地方 趣味

種目： ポジション： レベル：全国 地方 趣味

2. 近々、大事な大会や選考会などはありますか？

いいえ はい (月 日頃 / 大会名：)

3. 本日はどのような目的で来院されましたか？

診察 検査 注射 投薬 リハビリ その他 ()

4. 右の図に診察を希望する部位に○印をつけてください。※複数箇所ある場合は、痛みが強い順に番号をつけてください。

5. 受傷日または発症時期はいつですか？

① 年 月 日 または 月頃から

② 年 月 日 または 月頃から

③ 年 月 日 または 月頃から

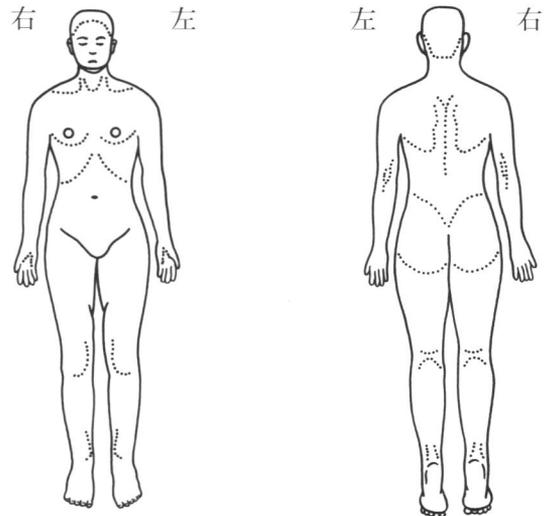
6. 受傷機転：何をしてそうになりましたか？

()

7. 症状を教えてください。

痛み しびれ はれ

()



8. 症状はどのような時にでますか？ 日常生活中 スポーツ中 スポーツ後

9. 今回の症状で他の医療機関を受診していますか？

いいえ はい (医療機関名：)

10. 「9.」で「はい」と答えた方のみ受診内容をお答えください。

診察 レントゲン MRI・CT 投薬 注射 手術 リハビリ その他 ()

11. 今までに同じ部位を治療したことがありますか？

いいえ はい (時期： / 症状：)

12. 女性の方にお聞きます。現在、妊娠の可能性ありますか？ いいえ わからない はい

13. リハビリテーションが必要な場合、理学療法士の性別について希望はありますか？

いいえ 男性スタッフ希望 女性スタッフ希望 ※治療内容によってはご希望に添えない場合がございます。

14. 当院のことをどのようにして知りましたか？

知人の紹介 (様) 駅看板 ホームページ SNS その他 ()