

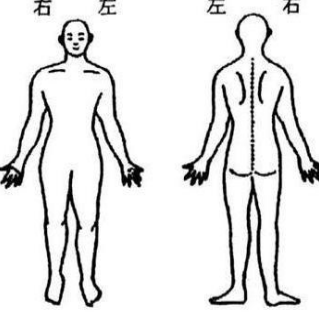
ID:

HP

スポーツ用問診票

待ち時間の短縮、診察内容の充実のため、
太枠の部分を、分かる範囲で正確に記入して下さい。

新・初・別

診察日			
フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成
氏名	男・女 (歳)	年	月 日
自宅住所	〒 -		
電話	()	FAX 番号	()
診察を希望する体の部位に印をつけてください 右 左 左 右 	その他何かあればお書きください。(何をしていた痛めたかなど)	身長/体重	cm/ kg
		学年	
		競技名 () 競技歴 ()	
		いつ頃から痛みがでましたか? 今日 昨日 () 日前 それ以前 ()	
		どこが痛みますか? () どこかにぶついたりしましたか? (はい・いいえ) ()	
どのような動きで痛みを感じますか? <input type="checkbox"/> にをつけて下さい	<input type="checkbox"/> 安静時でも痛い。 <input type="checkbox"/> 日常生活(歩く。寝返り・着替え等)でも痛い。 <input type="checkbox"/> スポーツの時だけ痛い。 <input type="checkbox"/> 起床時や朝に痛い。 <input type="checkbox"/> 夜になると痛い。 <input type="checkbox"/> 練習後など疲れていると痛い。 <input type="checkbox"/> その他 ()		
現在練習はどうしていますか?	<input type="checkbox"/> 痛くて休んでいる。 <input type="checkbox"/> 痛みの出ないものだけ行っている。 <input type="checkbox"/> 痛みがあるか		
このことで他の病院を受診したことがある方はお書き下さい。	病院名		
	時期	<input type="checkbox"/> 現在加療中 <input type="checkbox"/> 年 月頃から 年 月ごろまで	
持病はありますか?	なし・あり ()	どんな治療をされましたか?	
麻酔で気分が悪くなったことがありますか?	なし・あり ()	現在服用している薬がありますか?	なし・あり ()
妊娠の可能性がありますか?	なし・あり ()	薬で副作用が出たことがありますか?	なし・あり ()
当院を何で知りましたか?	<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> ちらし <input type="checkbox"/> 看板を見て(道路・建物) <input type="checkbox"/> ご紹介 (様) <input type="checkbox"/> 雑誌		