

スポーツ整形外科問診票

記入日：平成 年 月 日

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 身長： _____ cm 体重： _____ kg

所属： _____ チームトレーナー： いる ・ いない

スポーツ歴：

小学校（種目： _____ ポジション： _____ レベル：全国・地方・趣味）

中学校（種目： _____ ポジション： _____ レベル：全国・地方・趣味）

高校（種目： _____ ポジション： _____ レベル：全国・地方・趣味）

専門・大学（種目： _____ ポジション： _____ レベル：全国・地方・趣味）

社会人・プロ（種目： _____ ポジション： _____ レベル：全国・地方・趣味）

週もしくは月にどれくらい練習をしていますか？： _____ 週・月 _____ 日程度（1日あたり _____ 時間程度）

近々、大事な試合・選考会などありますか？： _____ ある（ _____ / _____ 月 _____ 日頃）・ない

今日はどのようなことで診察を受けられますか？

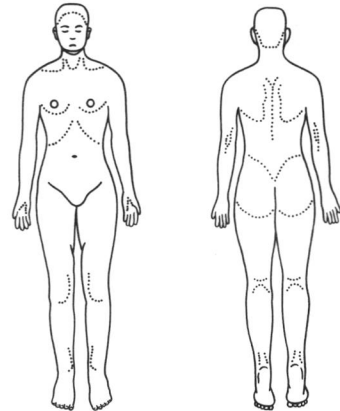
①来院の目的： _____ 診断・検査・注射・薬・手術・リハビリ・その他（ _____ ）

②受傷日または発症時期： _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 または _____ 頃から

③部位（どこが）：右図の中に診察を希望する部位を○印で示してください。

広範囲の場合はその範囲を斜線で示してください。

④受傷機転：何をしていたそうになりましたか？



⑤症状：症状を教えてください：

⑥痛みはどのような時にでますか？： _____ 日常生活でもある ・ スポーツ中のみ ・ スポーツ後のみ

⑦今までに同じ部位を痛めたり、怪我をした事がありますか？：

_____ はい ・ いいえ

⑧「はい」の方のみお答えください。それはいつ頃でどのような怪我でしたか？：

いつ： _____ どのような： _____

⑨今まででこの部位を治療した事があればその治療内容と治療した場所を教えてください：

治療内容： _____ 投薬 ・ リハビリ ・ 注射 ・ 手術 ・ その他（ _____ ）

治療した場所（〇〇病院、△△整骨院など）： _____

当院は何で知りましたか？：

①知人の紹介・案内をみて（看板・タウンページ・ホームページ） ・ その他（ _____ ）

②紹介者がいらっしゃいましたらご記入ください：（ _____ ）