

# スポーツ整形外科問診票

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：令和 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？

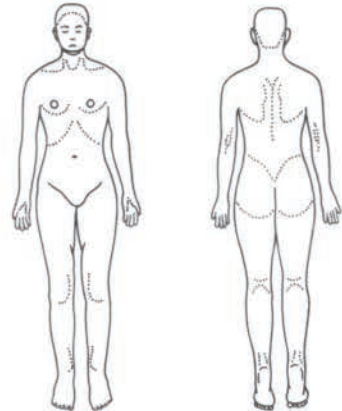
①来院の目的： 診断・検査・注射・薬・手術・リハビリ・その他( \_\_\_\_\_ )

②受傷日または発症時期： 令和 年 月 日 または \_\_\_\_\_ 頃から

③部位(どこか)：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：( \_\_\_\_\_ )