

## 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 ( \_\_\_\_\_ )

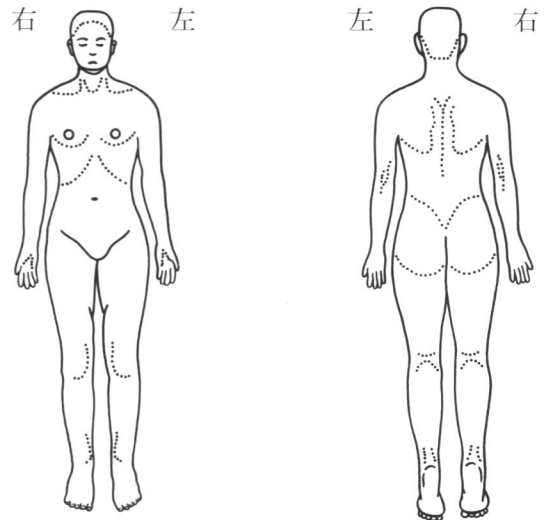
### 4. 右の図に診察を希望する部位に○印をつけてください。※複数箇所ある場合は、痛みが強い順に番号をつけてください。

### 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 ( \_\_\_\_\_ )