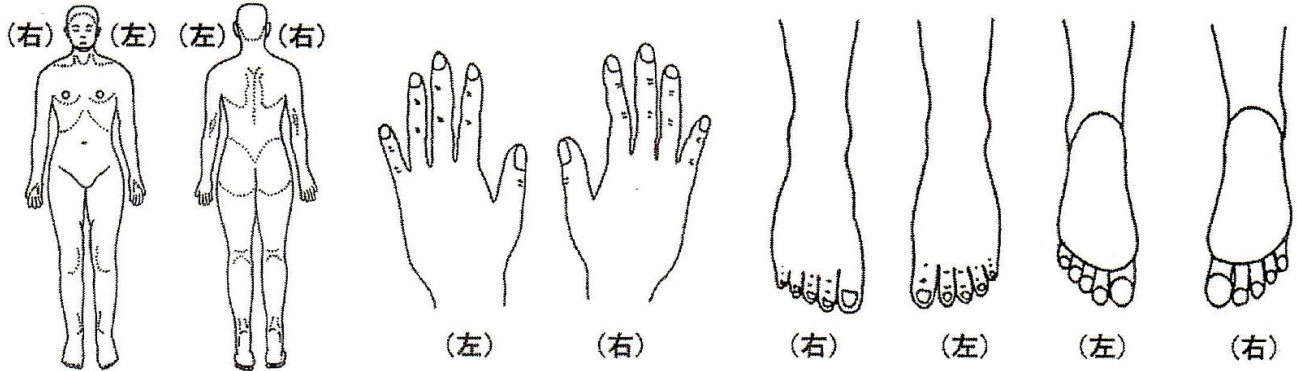


問診票（スポーツ整形外科・新患用） 記入日： 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
お名前 様	男・女	大・昭・平・令 年 月 日生（ 才）
住所 〒 -	職業名・内容 どのような作業が多いですか？	
電話番号 - -	携帯番号 - -	

1. 今日は何の部位を診察してもらいたいですか？○で囲んでください。



2. どんな症状ですか？○印をつけてください（複数回答可）。

- ・痛い ・しびれる ・動きに制限がある ・変形している ・腫れている ・歩行困難 ・その他（ ）
- ・競技動作困難（ ）

3. その症状は、どのような動作・行為をすると症状がでますか？ご記入ください。

例) 動作をしなくても、上を向く、しゃがむ 等…

4. その症状はいつごろからありますか？ご記入ください。

- ・ 月 日～ ・ 週間前～ ・ ヶ月前～ ・ 年前～

5. 原因がありますか？○印をつけてください。

- ① ・試合中 ・チーム練習中 ・自主練習中 ・フィジカルトレーニング中 ・遊び
- ② ・転んだ ・ひねった ・ぶつけた ・はさまれた ・切った ・落ちた ・その他 ・わからない
- ③ ・可能なら、具体的にご記入ください。 例) ジャンプした後の着地でひねった 等…

6. スポーツ活動に関してご記入ください。

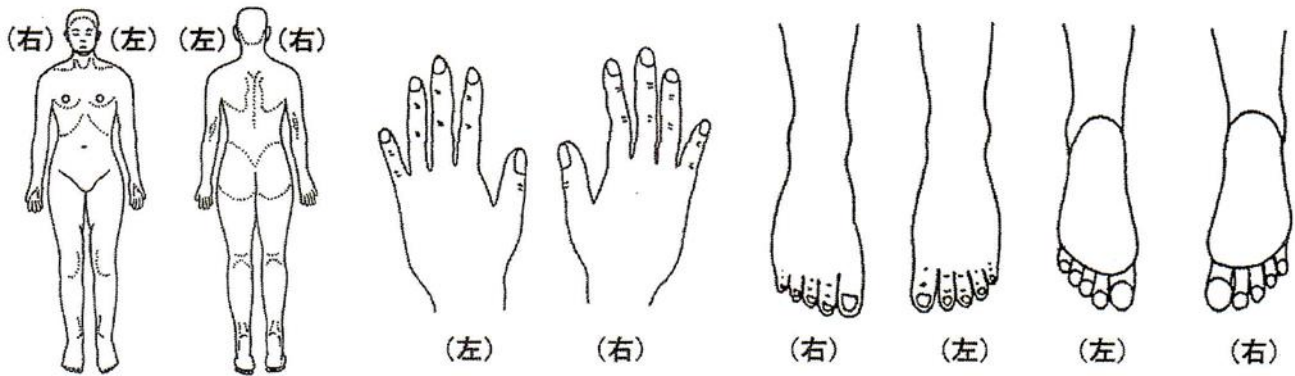
種目：                      ポジション：                      所属チーム・クラブ名：  
 練習頻度： 日/週      1日の練習時間：                      時間/日  
 近日の試合や合宿などの予定： ・あり（ 月 日） ・なし

7. 現在治療中もしくは過去に罹った疾患、内服中の薬、手術した経験はありますか？

- ① 内科的疾患 過去に罹ったものに○印を、現在治療中のものには◎印をつけてください。  
 ・高血圧 ・糖尿病 ・喘息 ・心臓疾患 ・脳疾患 ・その他（ ）

裏面の記入もお願いします。

② 整形外科・外科的疾患： 部位に○および◎印で囲い、診断名が分かればご記入ください。



③ 手術歴：ない・ある（部位・内容： \_\_\_\_\_ ）

④ 感染症：過去に罹ったものがあれば○印をつけてください。  
・B型肝炎 ・C型肝炎 ・梅毒 ・HIV ・その他（ \_\_\_\_\_ ）

⑤ 内服の薬：ない・ある あるの方…お薬手帳をご提出ください。

8. 今までに薬を飲んで、アレルギーが出たり、具合が悪くなったことがありますか？  
・ない ・ある（薬の名前： \_\_\_\_\_ ）

9. （女性のみ）

- ① 現在、妊娠中か妊娠している可能性がありますか？  
・ない ・ある（妊娠 週） ・わからない
- ② 授乳中ですか？  
・いいえ ・はい

10. 診察をご希望される方は○印をつけてください。  
希望する医師：とくにない・ある（院長・その他）

11. 当院は診療のほか、機能改善を目的としたリハビリテーションも提供しています。リハビリでの通院は可能ですか？○印をつけてください。 ※推奨1～2回/週

① ・可能（ \_\_\_\_\_ 回/週くらい） ・難しい

② ・希望する ・必要なら通う ・希望しない

12. 当院を何でお知りになりましたか？

・知人 ・当院ホームページ ・その他医療機関（ \_\_\_\_\_ ）

・広告（ \_\_\_\_\_ ） ・その他（ \_\_\_\_\_ ）

ご協力ありがとうございました。