

2021年 月 日

フリガナ	
お名前	男 ・ 女
生年月日	T ・ S ・ H 年 月 日
ご住所	〒
電話番号	自宅 — —
	携帯電話 — —
要介護認定	なし ・ 要介護_____ ・ 要支援_____
該当者のみ	交通事故 ・ 工作中的ケガ ・ 学校(園)でのケガ

ご来院のきっかけをお聞かせください

ホームページ 紹介()様 ご家族が受診された 前を通りかかって

問診票

〈スポーツ障害の方は 裏面 にご記入ください〉

氏名 _____ 様

年齢 _____ 才 性別 男・女

該当するに✓を入れてください

身長 _____ cm 体重 _____ kg

● いつ頃から症状がありますか？

_____ から

- 痛い しびれる 腫れている
 動かしにくい キズ
 その他 (_____)

● その症状は、どのように出てきましたか？

- 特にきっかけはない。
 ひねった、ぶつけたなど、ケガした時がはっきりしている。
 交通事故 工作中的のケガ (受傷日 _____)

● 症状が出はじめた頃と比べて今はどうですか？

- 楽になっている つらくなっている
 同じくらいの症状が続いている
 いい時と悪い時がある

● どういう時に症状が強く出ますか？

_____ とき

- じっとしていても痛む 夜間に痛む

● 日常生活で、できない動作はありますか？

- ない ある (具体的に) _____

● 今回の症状で、ほかの医療機関を受診されたことがある方はご記入ください。

(どこで、何と言われて、どんな治療をした)

● 過去に手術をしたことがある方、現在治療中の病気がある方、薬を内服されている方は教えてください

(おくすり手帳があれば見せてください)

● 食べ物、薬でアレルギーがありましたらご記入ください。

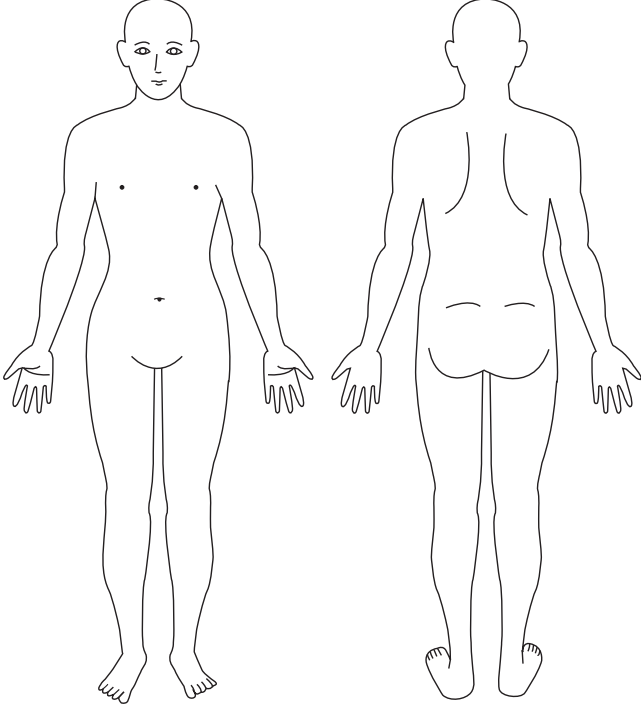
● 〈女性の方へ〉 現在妊娠中または授乳中ですか？

はい ・ いいえ

● 治療や検査に関しまして 特にご希望がありましたら教えてください。

(リハビリ、骨密度や血液の検査をしたい、診断書がほしい、紹介状を書いてほしい など)

症状がある場所に○をつけてください
(複数ある方はお困りの順に番号を)



わかる範囲でかまいませんので、必ずご記入ください。

スポーツ障害 問診票



整形外科・リハビリテーション科
うすいクリニック

氏名 _____ 様 身長 _____ cm 体重 _____ kg

学校名(チーム名) _____ 学年 _____

スポーツ種目 _____ 始めたのはいつですか? _____

利き手 _____ ※野球の方 _____ 投げ _____ 打ち

● いつ頃から痛みますか?

_____ から

● その痛みがでたのは今回が初めてですか?

はい いいえ(_____ 頃に)

● その痛みは、どのように出てきましたか?

- ひねった、ぶつけたなど、ケガした時がはっきりしてる
- 特にきっかけはなく、だんだん痛くなってきた

● どういう時に強く痛みますか?

● 現在、どのくらいのプレーができていますか?

全力が10として、(数字で) _____ くらい

● 今回の痛みで、どこかを受診されたことがある方は
ご記入ください。

(どこで、何と言われて、どんな治療をした)

● 今までに大きなケガをしたことがありますか? ある方はケガの名前を書いてください。

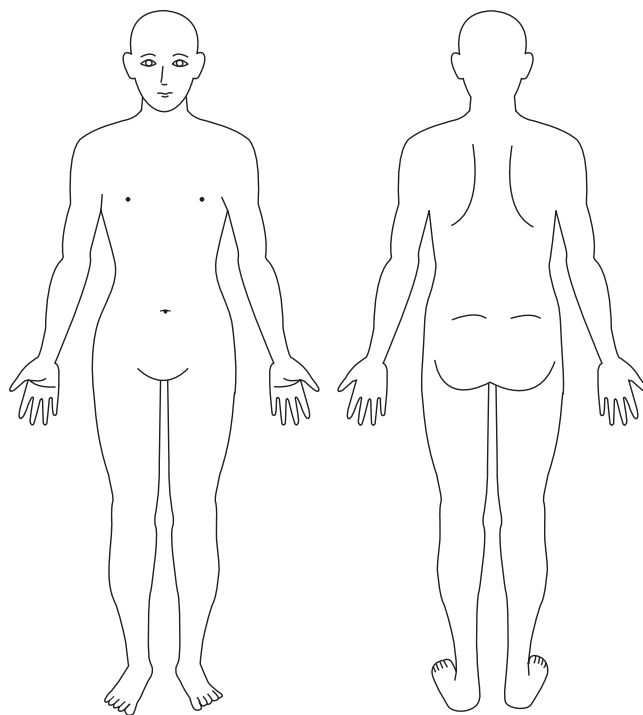
● 食べ物、薬でアレルギーがありましたらご記入ください。

● 〈女性の方へ〉 現在妊娠中または授乳中ですか?

はい ・ いいえ

● その他、診療に関しまして 特にご希望がありましたら教えて下さい。

症状がある場所に○をつけてください
(複数ある方はお困りの順に番号を)



わかる範囲でかまいませんので、必ずご記入ください。