

2025年 月 日

フリガナ	
お名前	男 ・ 女
生年月日	T ・ S ・ H ・ R 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？

- ひねった、ぶつけたなど、ケガした時がはっきりしている。  
 特にきっかけはない。  
 交通事故       仕事の原因 (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。

(いつ、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？

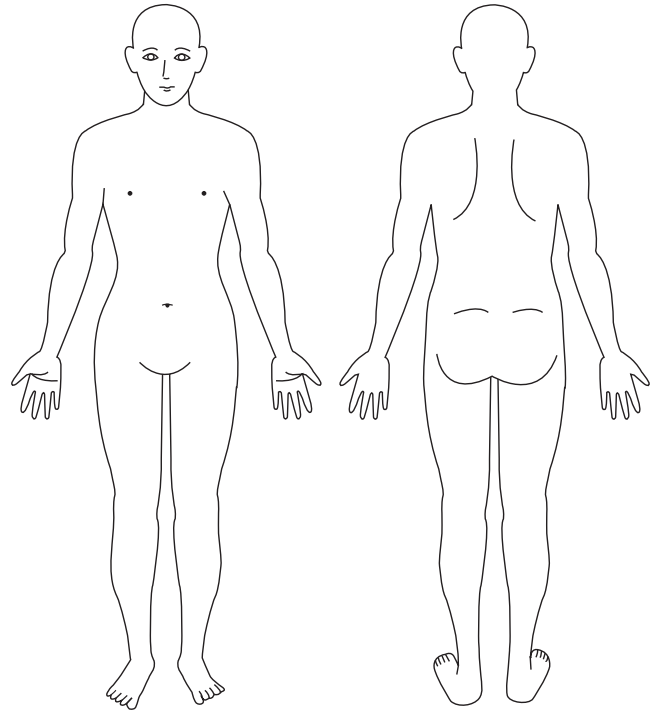
はい ・ いいえ

●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、MRI を撮ってほしい、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。

(いつ、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。

\_\_\_\_\_

