

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)

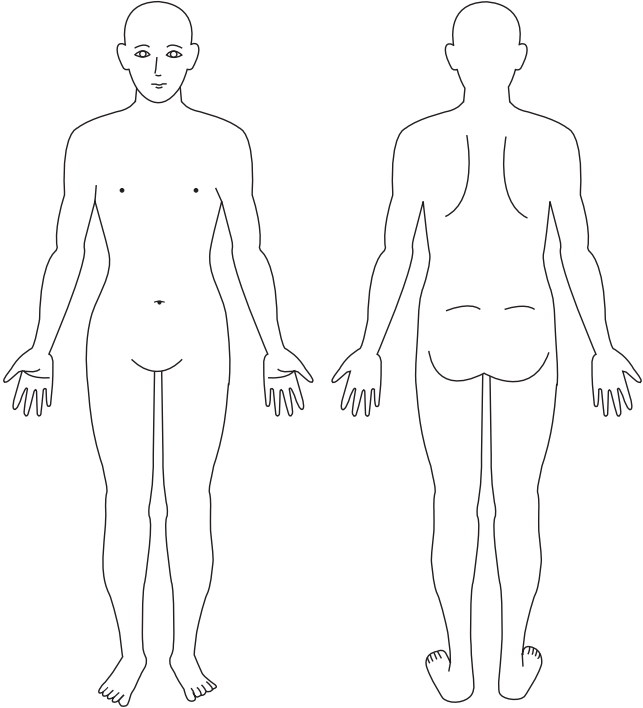
● 過去に手術をしたことがある方、現在治療中の病気がある方、薬を内服されている方は教えてください
(おくすり手帳があれば見せてください)

● 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

● 特に心配されていることや、ご希望がある方はご記入ください。

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。

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。

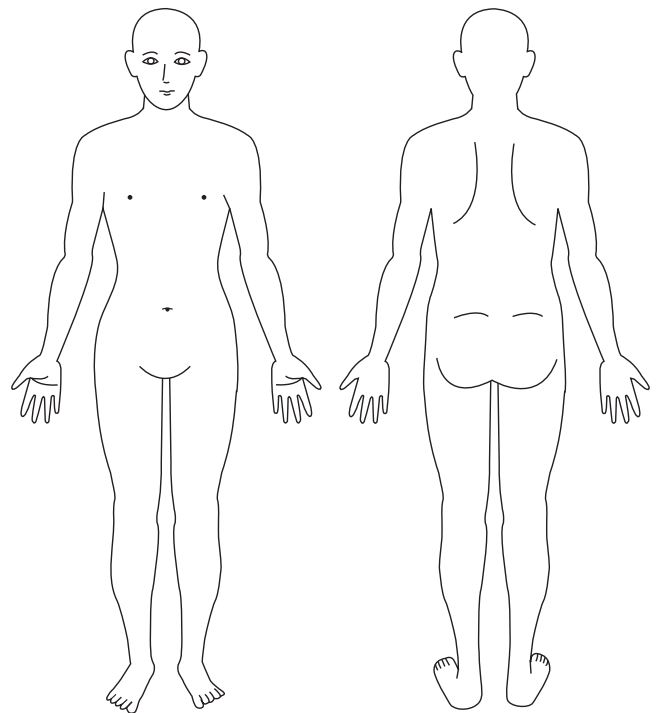
● 食べ物、薬でアレルギーがありましたらご記入ください。

● 〈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。

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。