

スポーツ整形外科問診表

R 年 月 日

◎身長_____cm 体重_____kg 氏名_____

◎ 緊急連絡先 住所：_____ 電話番号：_____

◎いつから症状がありますか？

_____ から

◎どこに症状がありますか？
右の図に○印をつけてください。

◎どのような症状ですか？

- ☐ 痛み
☐ 違和感
☐ 腫れ
☐ 動きが悪い
☐ 形が悪い
☐ その他（ ）

◎その原因にここあたりがありますか？
☐ はい（下記に原因をご記入ください）

[]

☐ いいえ

◎この症状に関して、検査や治療を受けたことがありますか？

☐ はい

（ _____ 病院・医院・接骨院で
（検査・手術・注射・処方・マッサージ・その他 _____ 内容： _____ ）

☐ いいえ

◎スポーツ歴について伺います

	種 目・ポジション	学校名・所属クラブ	練習回数・1回の練習時間
小学・中学			回/週・ 時間
高校			回/週・ 時間
大学			回/週・ 時間
現在			回/週・ 時間

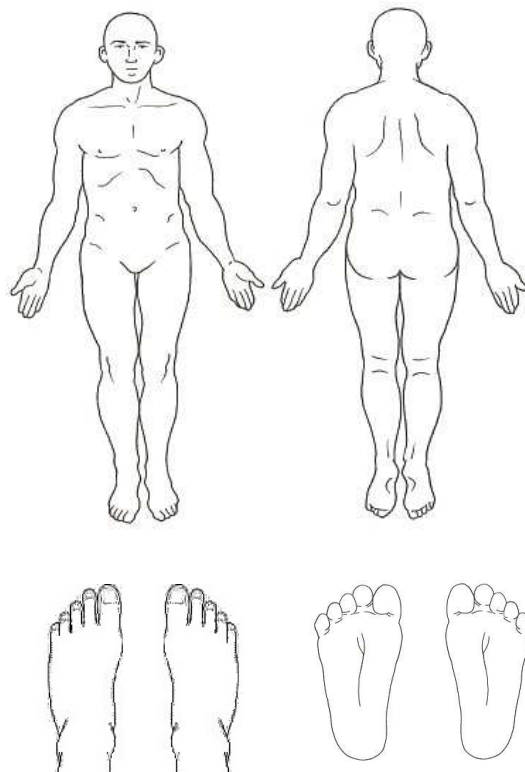
◎ スポーツレベル：プロ/国際大会・全国大会・地方大会・同好会/クラブチーム・趣味・その他

◎これまでの最高順位、ベストレコード （ _____ ）

◎スポーツでの将来の希望：プロ選手・アマ選手・スポーツトレーナー・指導者・趣味

◎ドーピング検査対象リストに登録されていますか？ はい ・ いいえ

◎当院の薬剤師に医薬品について相談したいことがありますか？ はい ・ いいえ



◎現在治療中の病気はありますか？

□いいえ □はい ⇒ ()

◎現在、服用中の薬はありますか？

※お薬手帳など、飲んでいる薬が分かるものがある場合は受付にご提出ください。

□いいえ □はい ⇒ ()

◎今までに手術を受けたことがありますか？

□いいえ □はい ⇒ ()

◎アレルギーはありますか？

□いいえ □はい ⇒ (□食べ物→)
(□薬 →)
(□金属 →)
(□その他→)

◎アスピリン喘息と言われたことはありますか？

□いいえ □はい

◎女性の方にお尋ねいたします。

妊娠している可能性はありますか？

□ある □ない

月経は周期的ですか？（低用量ピルなどの内服 あり・なし 薬剤名：)
はい いいえ

◎海外渡航に伴う感染症疾患への罹患について

○14日以内に海外に滞在されましたか？

□はい ⇒ どの国に行かれましたか？すべてご記入ください

()
□いいえ

◎当院をどのようにして、お知りになりましたか。

□医師からの紹介（□医師からすすめられた、□自分から医師に依頼した）

□家族、知人からの紹介

□インターネット

□テレビ、新聞、雑誌等のメディア（メディア名：)

□駅、バスなどの広告（広告名：)

□その他（)

◎紹介された方は、紹介者から当院をどのようにすすめられましたか。

()

◎インターネット検索をされた方は、受診の決め手となったことは何ですか。

()

◎受診するにあたり当院に期待することは何ですか。

()

◎その他にご希望等がありましたらご記入下さい。

()

ご記入ありがとうございました。
医療法人財団岩井医療財団稲波脊椎・関節病院