

## 整形外科 問診票【スポーツ傷害用】

この問診票に記載された患者様の情報は治療の目的のみに使用させていただきます。  
この問診票は治療以外に使用されるものではありません。  
(当院は個人情報保護法に遵守しております。)

記入日 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才

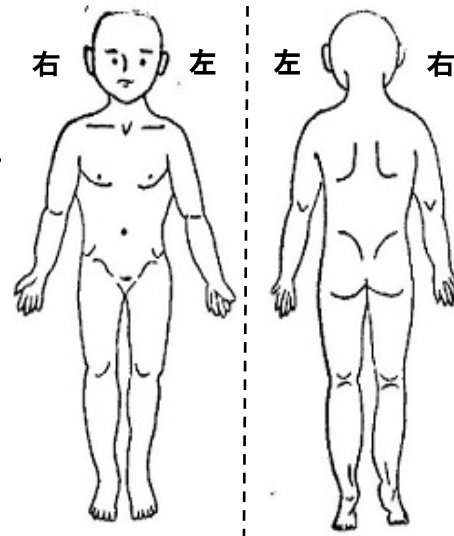
身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg ご職業 \_\_\_\_\_ ※学生の方は学年をご記入下さい。

※紹介状・レントゲン・CDROM・検診の結果等をお持ちの方は、この用紙と一緒に受付にお出しください。

- 現在、行っているスポーツは？( ) その経験年数は？( )年  
所属チーム名は？ ( )  
所属チームのレベルは？ レクリエーション 市大会 県大会 全国大会 世界大会  
(上記レベルで ベスト4 ベスト8 ベスト16 ベスト32 )  
練習量は？ 頻度 1~2回/月 1~2回/週 3回/週 5回/週 毎日  
時間(1回あたり) 約30分 60分 90分 約2時間 3時間以上
- 以前に行っていたスポーツは？( ) その経験年数は？( )年

### 今回の症状について

- いつから？( ) (例 R4年3月20日から)  
昨日  ( ) 日前  ( ) 週間前  ( ) ヶ月前  ( ) 年前
- どの部位に症状がありますか？ 右図に○をつけてください。
- 原因は？ ケガした 他人と接触しケガをした  
他人と接触なくケガをした  
ケガではない 徐々に症状が出現した  
あるとき、突然に症状が出現し



- 症状出現後から現在までの経過は？  
悪化している 改善している 変わらない
- 現在の症状は？ スポーツ時に痛む  
スポーツ後に痛む  
スポーツと関係なく痛む  
日常生活にも支障がある
- 現在、スポーツを休んでいますか？  
はい いつから？( )  
いいえ ほぼ練習に参加している 制限して参加している

- 今まで他に病気にかかったことがありますか？ はい( ) いいえ
- 現在、治療を受けている病気はありますか？ はい( ) いいえ
- 現在、他の医療機関に通院していますか？ はい( ) いいえ
- 現在、お薬は飲んでいますか？ はい( ) いいえ

※お薬手帳やお薬情報をお持ちの場合は、この用紙と一緒に受付にお出しください。

- 今までアレルギーをおこしたことはありますか？  
薬・食べ物・ゴム製品・テープ類・金属・その他  
はい( ) いいえ  
その時、どのような症状がありましたか？( )

### ■女性の方にお聞きします。

- 妊娠している可能性がありますか？ はい いいえ  
●授乳中ですか？ はい いいえ

### ■マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？

- 同意する 同意しない(持っていない)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1(4点)加算2(2点)(マイナ保険証を利用した場合)