

整形外科 問診票【スポーツ障害用】

山形徳洲会病院

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ください。

※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てください。

■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:H25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た

●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

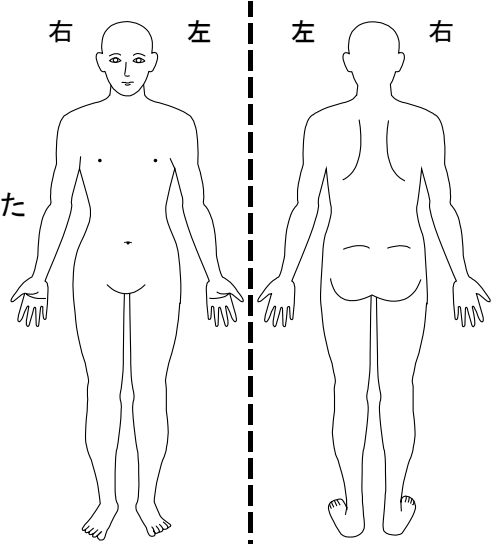
●現在の症状は？

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、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てください。

■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