

問診票

年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	昭・平・令 年 月 日 (歳)		身長 : cm
お名前			職業		体重 : kg
ご住所	〒 -	電話/緊急連絡先			
		携帯電話			

【女性の方へ】妊娠の可能性がある場合、レントゲンは撮れません。

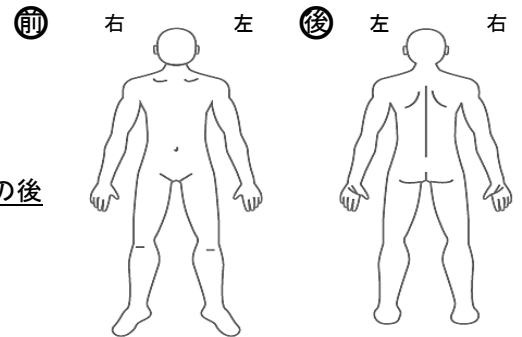
現在、妊娠されていますか？ : (はい・可能性あり・いいえ) 現在、授乳中ですか？ : (はい・いいえ)

【65歳以上の方へ】 要支援・要介護の認定を受けていますか？ : (はい・いいえ)

→はいの方は介護保険被保険者証を窓口にご提示ください。

【現在の状況】

① 現在痛みのある場所に×を付けてください。



② どのような症状ですか？ (当てはまるものに○を付けてください)

- ・ じっとしていても痛む 日常生活でも痛む スポーツ中 スポーツの後
- ・ 重苦しい痛み ズキズキする痛み しびれている 動かしにくい
- ・ つっぱる 腫れている その他 ()

③ いつから痛みがでましたか？ (受傷日)

年 月 日 から (悪化している ・ 変わらない ・ 少し良くなった)

④ 何をして痛めましたか？受傷場面を具体的にご記入お願い致します。

(仕事、労災・交通事故・練習・試合・その他)

詳細 :

⑤ 今回の痛みで、他の病院などにかかりましたか？

かかっていない ・ 病院 ・ 接骨院 ・ 鍼灸院 ・ 整体 ・ その他 ()

紹介状はありますか？ はい ・ いいえ

⑥ お薬を飲んでいますか？ (お薬手帳をお持ちの方はご提示ください) はい ・ いいえ

⑦ お薬で副作用が出たことがありますか？

(内服 : _____) (注射・麻酔 : _____)

(湿布負け : する ・ しない)

⑧ 既往歴 (当てはまるものに○を付けてください)

脳梗塞 ・ 肺疾患 ・ 高血圧 ・ 喘息 ・ 糖尿病 ・ その他 ()

心疾患 (ペースメーカー・ステント・その他)

整形外科 (人工関節など) 感染症 (B型肝炎・C型肝炎・)

何を見て当院をお知りになりましたか？

当院 HP 看板 (電柱・道路沿い・仙台 89ERS) 知人紹介 病院なび

他医療機関からの紹介 (医療機関名 : _____) その他 (_____)

※スポーツ外傷またはスポーツへの復帰をご希望の方は裏面の記入もお願い致します。

【お会計のご案内】 全ての治療が終わりましたら、受付にお声掛け下さい。

浅沼整形外科

①スポーツ： _____ (ポジション： _____) 継続歴： _____ 年 利き手： (右 ・ 左)
打つ： (右 ・ 左 ・ 両) 投げる： (右 ・ 左 ・ 両) 蹴る： (右 ・ 左) スタート： (前 後)
踏み切る側※ジャンプなど： (右 ・ 左) 踏み込む側※切り返しなど： (右 ・ 左)

②週または月にどのくらい練習していますか？： 週 ・ 月 _____ 日程度 (1日あたり _____ 時間程度)

③近々、大事な試合・選考会はありますか？： ある (_____ / 月 _____ 日頃) ・ ない

④部活等の主な練習以外に行っていることはありますか？： ストレッチ・筋トレ・ランニング・その他 (_____)

⑤いままでに同じ部位を痛めたり、怪我をしたりしたことはありますか？

いつ： _____ どのな： _____

治療内容： 投薬 ・ 注射 ・ リハビリ ・ 物理療法 ・ 手術 ・ その他 (_____)

過去のスポーツ歴： ① _____ (_____ 歳頃から _____ 年間) ② _____ (_____ 歳頃から _____ 年間)

過去の受傷歴： ① _____ (_____ 年 病院) 治療内容： _____

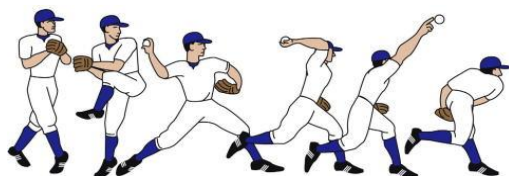
② _____ (_____ 年 病院) 治療内容： _____

⑥現在練習はどのように行っていますか？

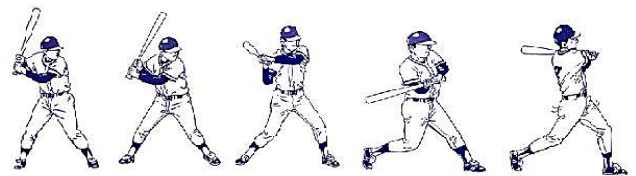
痛くて休んでいる ・ 痛みの出ない範囲でやっている ・ 痛みがあるがやっている

⑦どの動作で一番痛みが出ますか？ 痛みが出るタイミングを○で囲んでください。

ピッチング動作



バッティング動作



ステップ動作



キック動作



ランニング動作



打つ動作 (ラケット等)



ご記入有難う御座いました。