

フリカ、ナ		性別	身長	体重
氏名		男・女	cm	kg
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日 (歳)
住所	〒	電話(-	-)
		携帯(-	-)
学生	小学生・中学生・高校生・大学生・専門学生	(学年		年生)
職業	通勤・通学：車・電車・自転車・徒歩(分)

スポーツ歴を教えてください

小学校	(種目:	ポジション:	レベル:全国・地方)
中学校	(種目:	ポジション:	レベル:全国・地方)
高校	(種目:	ポジション:	レベル:全国・地方)
専門・大学	(種目:	ポジション:	レベル:全国・地方)
社会人・プロ	(種目:	ポジション:	レベル:全国・地方)

週もしくは月にどれくらい練習をしますか? 週・月 日程度 (1日あたり 時間程度)

近々、大事な試合・選考会等ありますか? ない・ある ある場合 (日程: 月 日)

1.右の絵で診察を希望される場所に○をつけてください

2.どのような症状がありますか? 以下□にレ点をつけてください

□痛い □しびれ □動きが悪い □はれ □変形 □その他()

3.その症状はいつ頃からですか?

□本日 □昨日 □__月__日より □2~3日前 □1週間前 □その他 ()

4.思い当たる原因はありますか?

□転んだ □落ちた □ひねった □ぶつけた □重いものを持った □スポーツ □工作中 □交通事故 □その他() □不明

5.現在、治療中の病気はありますか?

□はい→ □高血圧 □高脂血症 □脳梗塞 □脳出血 □糖尿病 □いいえ □胃・十二指腸潰瘍 □心臓病 □腎臓病 □肝炎(B・C) □気管支喘息 □癌() □その他()

6.現在、服用中のお薬はありますか? ※おくすり手帳をお持ちの方は、受付までご提出ください

□はい(薬品名:) □いいえ

7.今までに手術を受けた事がありますか?

□はい(いつ頃: 年頃 又は 年前) □いいえ □脳梗塞 □脳出血 □胃・十二指腸潰瘍 □心臓病(ペースメーカー あり・なし) □腎臓病 □癌(部位:) □その他()

8.今までに薬や注射・点滴を打って、気分が悪くなったり、身体にぼつぼつが出た事がありますか?

□はい わかれば具体的に症状・薬剤名を教えてください □いいえ (その時の症状:) (薬剤名:)

9.診察を円滑に行うため、待合室で症状をお聞きする場合がありますがよろしいでしょうか?

□はい □いいえ(いいえの場合は診察室にて対応させていただきます)

10.女性の方へ ※現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか? □はい(妊娠 ヶ月目) □いいえ

※現在、授乳中ですか? □はい □いいえ

11.本日の診察に際しご希望を伺います 原因を知りたい ・ 症状を取りたい

12.紹介者があればご記入ください ()

13.傷害保険の加入(ケガによる通院に対して) 加入している ・ 加入していない

※ この問診票は、診療を円滑に行うために利用させていただきます 御了承ください

