

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 あるの場合 (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)

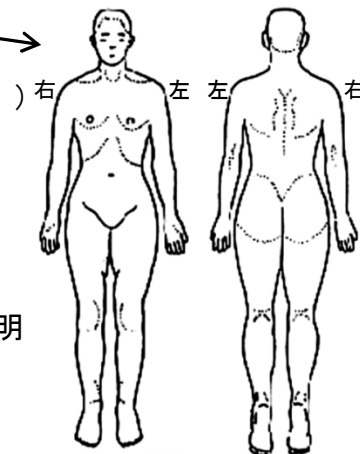
## 12. 妊娠に関して(女性の方のみ)

妊娠中( \_\_\_\_\_ 週)  妊娠の可能性がある  授乳中  どれにもあてはまらない

## 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



ID \_\_\_\_\_

つちや整形外科婦人科クリニック スポーツ用問診票

令和 年 月 日

1.マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい いいえ

2.本日、他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい いいえ

3.ここ1年間で検診(特定健診及び高齢者検診に限る)を受診しましたか？(マイナ保険証による情報取得に同意された方)  
はい(いつ頃: 月頃)(指導事項: ) いいえ

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します。

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