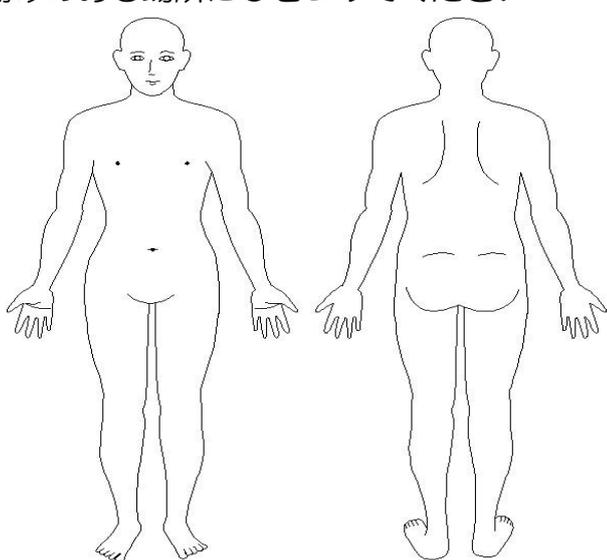


【スポーツ整形外科 問診票】

年 月 日

刃がナ 氏名	
職業	体重
学校名・所属クラブ名	学年 年
≪競技歴・ポジション≫	≪携帯電話≫
小学校 () 中学校 ()	
高校 () 大学・社会人 ()	
痛みのある場所に○をつけてください 	その症状に対して治療をおこないましたか？ 接骨院 整体 マッサージ 他院 当院リハビリ なし
	過去に他のけがをしたことがありますか？ 時期・年齢 部位 () () () () () ()
	現在の状況 練習： 週 回 1日 時間 ストレッチ：行う 時々 行わない アイシング：行う 時々 行わない
その症状はいつからですか？	質問事項以外で何かありましたら記入して下さい (心配なこと・困っていること)
原因はありますか？	治療・リハビリに対する希望があれば記入して下さい
どのような動きで痛みがでますか？	治療中の病気はありますか？ はい いいえ ()
痛みの程度を教えてください 1 何もしなくても痛い 2 日常生活で痛い 3 スポーツ中だけ痛い	アレルギーはありますか？ はい () いいえ 妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ
感染症についてお聞きします 1週間以内のコロナ陽性者や濃厚接触者・インフルエンザ・風邪症状のある人との接触 はい(時期) いいえ 過去1週間以内に新たに生じた症状はありますか <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 味を感じにくい <input type="checkbox"/> においを感じにくい <input type="checkbox"/> 該当なし	