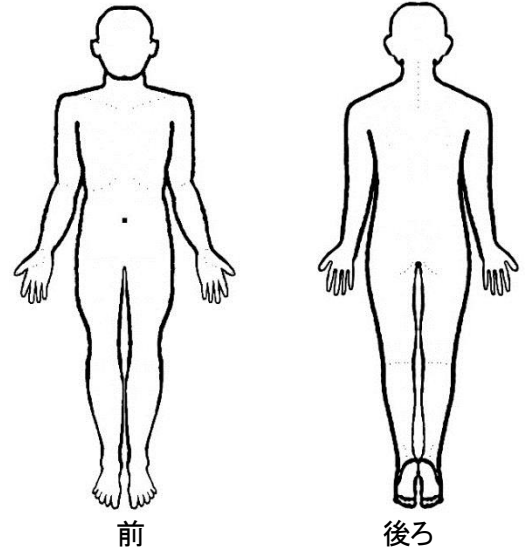


スポーツ総合医療センター受診の方へ

フリガナ 氏名		生年月日:		年齢:	
		職業:			
身長:	cm	体重:	kg	利き手:	右 / 左
学校名/チーム名:		利き足:			
		右 / 左			
電話番号(必要時病院から連絡してよい番号をご記入してください):					

1. 本日診察を希望しているところについてお答えください。

- 症状のあるところに ○ をつけてください。(右図)
- 具体的な部位がわかる方は、下記に✓をつけてください。
 - 頭 顔 首 背中 胸・肋骨
 - 肩 上腕 肘 前腕 手首
 - 手 指() 腰 臀部(お尻)
 - 股関節 大腿 膝関節
 - 下腿 足関節 足()
 - その他: _____



- ※ 左右どちらですか? 左 右 両方
- いつ頃から症状がありますか?

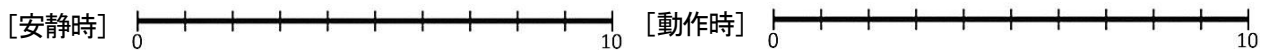
けがの場合は、その日にちをご記入ください。

(受傷日: 年 月 日 時頃)

- どのような症状ですか?
 - 痛み しびれ 腫れ 変形
 - その他: _____

→ 痛みがある場合には下記スケールの線上に痛みの程度を×印で示してください。

(0=痛みなし 10=これ以上ない痛み)



- 原因となるようなきっかけはありましたか?
 - なし / わからない
 - けが : _____
- 今回の症状についてこれまでに治療を受けたことはありますか?
 - なし
 - あり → 治療を受けた医療機関名: _____ 治療を受けたとき: _____ 頃
 - 治療内容: _____

裏面もご記入ください

2. 食べ物、薬、注射などにアレルギーをお持ちですか？

なし あり: _____

3. これまでに病気・入院・手術の経験はありますか？

なし 喘息 花粉症 アトピー 胃・十二指腸かいよう

高血圧 糖尿病 心臓病 脳血管疾患

手術: _____ その他: _____

4. 定期的に飲んでいる薬がある方は、ご記入ください。

なし あり: _____

5. 現在しているスポーツについてお答えください。

スポーツ名	
始めた年齢	
ポジション・専門	
所属チーム名	
コーチ・先生、またはトレーナー	
練習時間	1日あたり _____ 時間
練習日	月・火・水・木・金・土・日 (○をつけてください)

6. スポーツ歴についてお答えください。

就学前	
小学校	
中学校	
高校	
大学・専門学校	

7. 女性の方にお伺いします。妊娠の可能性はありますか？ なし あり

8. 当院では医学的に必要と判断した場合は輸血を行っています。あなたは輸血を受けてもよいですか？

はい いいえ