

受診日： 月 日 ()

BT： °C、BP： /

PR： 回/分、SpO2： %

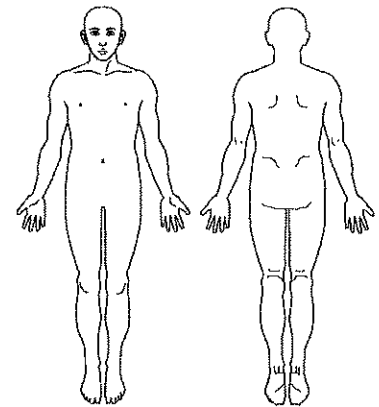
【 スポーツ外来 問診表 】

※ 太線の枠内のみご記入ください。

※ 「紹介状」、「お薬手帳」をお持ちの方は受付にお出し下さい。

| | | |
|--|--|-------------------------------|
| フリガナ: | 男女 | 生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日 () |
| 氏名: | | 歳 |
| 住所: 〒() 県 | <input type="checkbox"/> 学校名 <input type="checkbox"/> 所属チーム <input type="checkbox"/> 会社名 | |
| TEL: (自宅) - - (携帯) - - | | |
| <input type="checkbox"/> 競技名 <input type="checkbox"/> 種目 (硬・軟・長・短・人制、等の詳細) <input type="checkbox"/> ポジション <input type="checkbox"/> 利き腕 右・左・両 | | |
| <input type="checkbox"/> 試合予定 (有・無) 月 日 () | <input type="checkbox"/> 試合・大会名 | <input type="checkbox"/> 開催会場 |

● 今日の症状を教えてください。(図の該当部分に印を付けて下さい)



● いつからですか？

● 原因に心当たりは？

● 現在、同じ症状で他の病院にかかっていますか？
 はい (病院・整骨院)
 いいえ

● いつまでに治したいですか？

● その他(相談したいことがあれば記入して下さい)

● 既往歴(これまでの大きな病気・ケガ)
 有 () 無

● 心臓ペースメーカー 有 無

● ぜん息 有 無

● アレルギー
 食べ物： 有 () 無
 薬： 有 () 無

★女性の方へ★ 今、妊娠中または授乳中ですか？
 はい(妊娠 ヶ月、授乳中) いいえ 不明

● 当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

チラシ インターネット、ホームページ 知人・家族の紹介 通りすがり
 看板をみて 以前からかかっていた その他 ()

● ジェネリック(くすり)処方について。 できれば使いたい 使いたくない どちらでも可