

# 問診票 (スポーツ疾患用)

天野整形外科クリニック

この問診票は、スポーツ疾患を診察する上で大切な資料となります。

記入年月日 年 月 日

フリガナ			生年月日	明治・大正	年	月	日
お名前	男 女			昭和・平成	(年齢)		歳
ご職業			会社名・学校名				
身長	cm	体重	kg	利き手	右	左	
バッティング	右	左	蹴り足	右	左	ジャンプする足	右 左
主なスポーツ歴	野球・サッカー・バレーボール・バスケット・ゴルフ・ハンドボール・水泳・マラソン・体操 ラグビー・アメリカンフットボール・テニス・バドミントン・卓球・ボクシング・レスリング 柔道・空手・剣道・スキー・スノーボード・アイスホッケー・ソフトボール・陸上 その他 ( )						
スポーツの目的	プロ ・ セミプロ (実業団) ・ アマチュア ・ 趣味 ・ 指導者 その他 ( )						

1. スポーツ歴を詳しく教えてください。

小学校	(種目) (ポジション)	(年数)	年	(練習日)	日/週
		(レギュラー)	はい・いいえ		
中学校	(種目) (ポジション)	(年数)	年	(練習日)	日/週
		(レギュラー)	はい・いいえ		
高校	(種目) (ポジション)	(年数)	年	(練習日)	日/週
		(レギュラー)	はい・いいえ		
大学	(種目) (ポジション)	(年数)	年	(練習日)	日/週
		(レギュラー)	はい・いいえ		
現在	(種目) (ポジション)	(年数)	年	(練習日)	日/週
		(レギュラー)	はい・いいえ		

2. どんな時に痛みを感じますか。	安静にしても痛い ・ 日常生活でも痛い ・ 朝や夜になると痛い スポーツの時だけ痛い ・ 練習後など疲れてくると痛い その他 ( )
3. 現在練習はどうしていますか。	痛くて休んでいる ・ 痛みの出ないものだけやっている ・ 痛みがあるがやっている その他 ( )
4. 練習や大会・試合にでることを強く望みますか。	はい ・ いいえ ・ 休んで治るのであれば休みたい 理由 ( )
5. 今後の大会の予定はありますか。	ある ・ ない 大会日・内容 ( )
6. 治療に関しての希望はありますか	