

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 昭和・平成 (年齢 歳)
お名前	男 女			
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 (レギュラー) はい・いいえ	(練習日) 日/週
中学校	(種目) (ポジション)	(年数) 年 (レギュラー) はい・いいえ	(練習日) 日/週
高校	(種目) (ポジション)	(年数) 年 (レギュラー) はい・いいえ	(練習日) 日/週
大学	(種目) (ポジション)	(年数) 年 (レギュラー) はい・いいえ	(練習日) 日/週
現在	(種目) (ポジション)	(年数) 年 (レギュラー) はい・いいえ	(練習日) 日/週

2. どんな時に痛みを感じますか。	安静にしている時も痛い ・ 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	