

ふりがな

ID _____ 氏名 _____ 男・女 _____ 生年月日 _____ S・H・R _____ 年齢 _____

住所 _____ 携帯番号 _____ - _____ - _____
 電話番号 _____ - _____ - _____

① **どこが痛いですか：**

具体的に： _____

② いつから： _____ 日前（ _____ 月 _____ 日）から

③ 何をして痛めたか： _____ 改善・悪化・変わらない _____

④ どの動作で痛むか：日常生活／スポーツ動作 _____

⑤ 大事な試合や公式戦・行事は近々ありますか？（具体的な月日が分かれば記載）

1ヶ月以内： _____ 1ヶ月以上先： _____

競技名（種目）： _____ ポジション：（すべて）主： _____ 他 _____

部活・クラブチーム _____ 学校： _____ 学年： _____

体育授業の競技： _____ 通学方法：徒歩・自転車・公共交通機関・他 _____

利き手：（右 左） 投げる：（右 左） 打つ：（右 左） 蹴る：（右 左）

※黒枠内まで書き終えられましたら 受付へお出してください。

* 最近1週間ぐらいの間 熱が出ていませんか？ 熱はなかった ・ 熱があった

【1】現在、他の病気で通院していますか？

していない ・ している（病名： _____ 医院名： _____）

【2】現在、飲んでいる薬がありますか？ (ない ・ ある)

ある場合：⇒ お薬手帳は持ってきていますか (はい いいえ)

【3】いままでに大きな病気をしましたか？ (ない ・ ある)

ある場合：⇒ _____

【4】今までに手術を受けたことがありますか？ (ない ・ ある)

いつ：_____ ところで：_____ 何の手術：_____

【5】①薬や食べ物で発疹が出たことがありますか？ ない ・ ある ()

②アレルギーはありますか？ ない ・ ある ()

【6】本日はお一人でいらっしゃいましたか？ (はい ・ いいえ)

いいえの方は、どなたとおこしですか？ ()

交通手段は⇒車・公共の交通機関(バス 電車 タクシー)・自転車・バイク・徒歩・ご家族の送迎

【7】女性の方へ。 現在妊娠中または授乳中ですか？

いいえ ・ 妊娠の可能性あり ・ 妊娠中 (月) ・ 授乳中

【8】新型コロナワクチンの接種はお済みですか？ いいえ ・ 予約している(月 日)

接種した (回： 年 月 日)