

ふりがな

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

携帯番号 - - -

住所 _____ 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 受付へお出しください。

* 最近1週間ぐらいの間 熱が出ていませんか？ 热はなかった・热があった

【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】今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：_____ どこで：_____ 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(ヶ月)・授乳中

【8】1か月以内に新型コロナワクチンなどの予防接種を受けましたか

いいえ・はい(ワクチンの種類は： いつ：)