

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： 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（ ケ月） ・ 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： ）