

Date: \_\_\_\_\_

カルテ No \_\_\_\_\_

## 問診票 (スポーツのケガ)

フリガナ		性別	生年 月日	大正・昭和・平成・令和・西暦
氏名		男 女		年 月 日 歳
住所	〒 _____			
電話			左記にて繋がらない場合の電話	
身長 体重	cm	kg	本日の 血圧/脈拍	最高 / 最低 / 脈拍
びわく整形外科にかかっていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
①	症状はどの場所ですか？ ※症状のある場所に印をつけて下さい			
②	いつからですか？ 年 月 日			
③	どのような場所・場面で受傷しましたか？ ..... ..... .....			
④	受傷直後はどのような症状でしたか？ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 不安定感 <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> その他 ..... .....			
⑤	今現在は、どのような症状ですか？ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 不安定感 <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> その他 ..... .....			
⑥	競技種目： _____ ポジション・専門： _____ 所属名 (学校、チーム名など)： _____ 競技レベル： <input type="checkbox"/> レクリエーション (趣味) <input type="checkbox"/> 地区大会レベル <input type="checkbox"/> 県大会レベル <input type="checkbox"/> 全国大会レベル <input type="checkbox"/> 日本代表 <input type="checkbox"/> プロレベル <input type="checkbox"/> その他 競技歴： _____ 利き手・利き足： _____			
⑦	復帰目標となる試合・レースなどがありますか？ 年 月 日 大会名： _____			

ウラ面もご記入下さい

