

問 診 票

ふりがな

氏名 _____

生年月日 T・S・H 年 月 日 歳

〒

住所 _____

自宅

電話番号 携帯 _____

下記を希望される方は当てはまる方は、○をつけてください。

◎スポーツ外来

◎リウマチ外来

◎骨粗鬆症外来

◎交通事故による診察

①診察を希望する部位を で囲んでください ※誠に申し訳ございませんが、1回の診察につき2部位まで

②○を入れた部位はどのような症状ですか？ とさせていただきます。ご理解をお願い致します。

・痛み ・変形 ・しびれ ・腫れ ・動かすと音がする

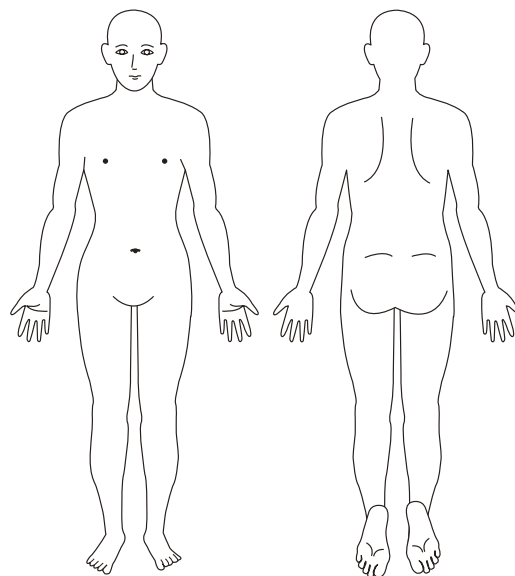
・その他 ()

③また、いつ頃から症状が出ましたか？

・ 年 月 日頃から ・約 () 年前から

④痛みの原因について ・ある ・ない ・分からない

あると答えた方は原因をお書きください。(例 転んだ 捻った など)



⑤どのような動作で症状が出ますか？

・安静にしている時(特に夜間) ・歩行 ・運動時 ・手を挙げる ・腰を曲げる ・荷物を持つ など

⑥もし症状が改善するなら当院でどのような治療を希望しますか？

・薬 ・リハビリ ・装具(サポーター) ・その他医師と相談

⑦同様の痛み(症状)が出てから、他の医療機関を受診されましたか？

いつ () 最終の診察日 ()

() 病院/整形外科/外科/接骨院/その他 ()

診断名 () 検査: レントゲン MRI CT 血液検査 その他 ()

飲み薬 なし あり : 薬の名前 不明 治療 : 注射 電気治療 牽引 マッサージ 他

⑧スポーツをされている方へお伺いします。

・スポーツの種類 () ・ポジション () ・スポーツ歴 () 年 ・頻度 () 時間/週

現在のチームと指導者を教えてください。例) 小学校 中学 高校 クラブチーム 部 先生

()

以上の回答に間違いなければご署名をお願いします。

ご署名 _____

ご協力ありがとうございました。

しばはら整形外科スポーツ関節クリニック 院長 柴原 基