

お名前

フォレスト整形外科スポーツクリニック問診票

1. 症状と部位(例 腰が痛い 足がしびれる 等 **具体的に**)2. 原因(例 不明 転んでひねった 等 **具体的に**)

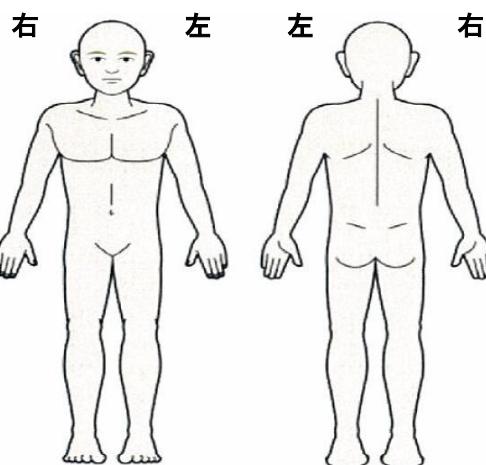
*原因が以下の方は○を付けてください

()交通事故 ()仕事中のケガ(労災予定)

*交通事故の方 警察用診断書は必要ですか (はい・いいえ)

*傷害保険・スポーツ傷害保険を利用する予定ですか (はい・いいえ)

症状がある場所に印をつけてください

3. いつごろからですか(例 ○月△日から、3か月前から等 **具体的に**)

4. 現在の症状に対し診察を受けたことがありますか (はい・いいえ)

*はいの方 そこで受けた検査 診断 治療はどのようなものですか

5. ご希望の検査、治療はありますか (例 注射はイヤ リハビリ希望 MRI希望等)

6. 現在スポーツをしていますか (はい・いいえ)

スポーツ種目 () 頻度(週 回、1回につき 平日各 時間、土日各 時間)

7. 現在治療中の病気や、今までにかかったことのある病気はありますか

糖尿病 : HbA1C 値 _____ 高血圧 高脂血症 喘息 心臓病 ペースメーカー 肝臓病腎臓病 胃潰瘍 その他 病名 :

8. 現在内服している薬はありますか (はい・いいえ) ※はいの方は質問7で必ず病名を記載してください

*はいの方 抗凝固剤(血液をサラサラにする薬)を内服中ですか (はい・いいえ)

9. 今までに手術を受けたことはありますか (はい・いいえ)

*はいの方 病名・手術名 :

10. 飲み薬、点滴、注射でアレルギー症状が出たことがありますか (はい・いいえ)

*はいの方 薬剤名 :

11. この1年間で健康診断を受けていますか (はい・いいえ)

*はいの方 時期 : 指摘されたこと :

12. 女性の方のみ 妊娠中(はい・いいえ) 妊娠の可能性がある(はい・いいえ) 授乳中(はい・いいえ)

13. 高齢の方 介護申請していますか(はい・いいえ) *はいの方 要支援: 1 2 要介護: 1 2 3 4 5

問診票は看護師が受け取りに参りますので、お待ちください