

フォレスト整形外科スポーツクリニック 問診票

お名前

高齢の方 介護申請 要介護____・要支援____・なし

- 今日はどうされましたか

症状と部位(例 腰が痛い 足がしびれる 等 具体的に)

原因(例 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

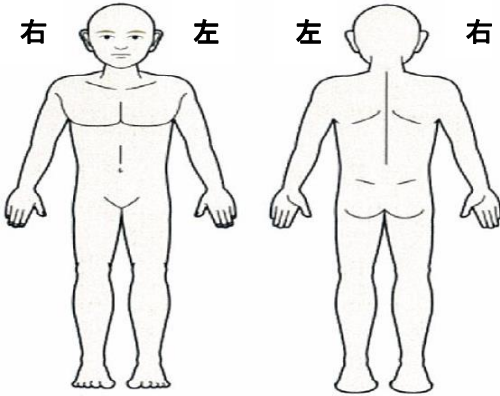
()交通事故 ()工作中的ケガ(労災予定)

*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)

- 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)

症状がある場所に印をつけてください



- 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 そこで受けた治療 検査はどのようなものですか

- 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)

- 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)

- 以下の病気をお持ちの方は印をつけてください

(糖尿病 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)

*糖尿病の方: HbA1C 値 _____

- 現在内服している薬はありますか (はい・いいえ)

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)

- 上記以外で治療中の病気や、今までかかったことのある病気(入院や手術を要するもの)はありますか

(はい・いいえ)

はいの方 (病名・手術名: _____)

- この1年間で健診を受診していますか (はい・いいえ)

はいの方 (時期 _____)

(指摘されたこと _____)

- 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)

(薬剤名: _____)

- 女性の方のみ 妊娠中ですか (はい・いいえ) 妊娠の可能性はありますか (はい・いいえ)

授乳中ですか (はい・いいえ)

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