

年 月 日 記入

スポーツ選手予診票

フリガナ

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 (男・女)

身長 _____ cm 体重 _____ kg 利き手 (右・左) _____ 利き足 (右・左) _____

学校名 _____ 学年 _____ 年 または 職業 _____

1. 当院をどのように知りましたか？

(_____)

2. 診察してほしいところはどこですか？

右の絵に丸印をつけてください

3. どのような症状がありますか？

(_____)

4. いつ頃から気づきましたか？

(_____)

5. 何か思い当たる原因はありますか？

(_____)

6. 他の医院、接骨院等で治療を受けたことがありますか？

ない・ある→ (_____) 現在固定中→ (はい)

7. 今まで大きな病気やけがをしたことがありますか？

ない・ある→ (_____)

8. 現在しているスポーツについて

スポーツ名 (_____) いつ頃から始めましたか？ (_____)

ポジション/専門種目 (_____) 現在レギュラーですか？ (はい・いいえ)

所属チーム名 (_____) 部員数 (_____) 名

コーチ又は先生の名前 (_____)

チームの主な成績 (例：さいたま市優勝) (_____)

個人の主な成績 (例：さいたま市優勝) (_____)

練習日 (月・火・水・木・金・土・日) _____ 回/週 (朝練： _____ 回/週)

練習時間 平日 _____ 時間 休日 _____ 時間

9. 今までにしたスポーツについて

スポーツ名 _____ チーム名 _____ ポジション又は専門種目 _____

小学校 (_____) (_____) (_____)

中学校 (_____) (_____) (_____)

高校 (_____) (_____) (_____)

(_____) (_____) (_____)

(_____) (_____) (_____)

10. 現在、妊娠をしていますか？

している・していない→ 【レントゲン撮影できないのでご注意ください】

11. 当院来院目的 ※当てはまるものに○をつけて下さい。

診断 ・ 治療 ・ 検査 (MRI/CTなど) ・ クスリ ・ リハビリ

待ち時間を少なくする為に、先にレントゲン撮影をお願いすることがあります。

また子どもの場合や、左右を比較する際に、良い方のレントゲンも撮る場合があります。

あらかじめご了承ください。 J I N整形外科スポーツクリニック

撮影したレントゲン・MRI・CTなどの画像データは、氏名・生年月日等の個人情報を削除し、個人が特定されない状態で、学術研究等に使用させていただく場合がありますので予めご了承をお願い致します。