申込日	
月	日

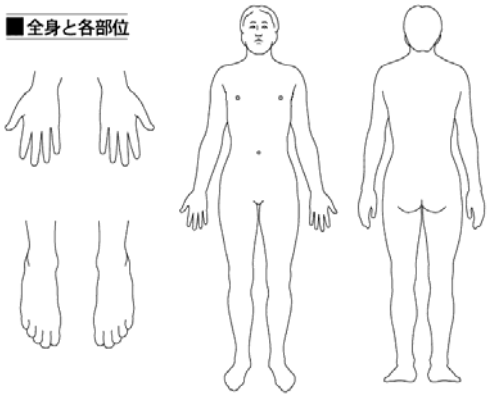
むこがわスポーツクリニック　問診表

ふりがな		ふりがな	
氏名		紹介元	
ローマ字		身長・体重	身長:　　cm・体重　　kg
生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日（満　　歳）		
	西暦　　年　　月　　日	性別	男性　・　女性
現住所	〒		
電話番号		携帯電話番号	

本日の受診についてお聞きします。

1)本日はどこの具合が悪くて来られましたか？

2)右図の痛いところに○印をつけてください。



状態を下記から選んで○印をつけてください。

・痛みがある　・力が入りにくい　・しびれる　・だるい　・動きにくい

3)それはいつごろから起こりましたか？

＿＿＿年＿＿月＿＿日頃から　または＿＿＿日・週間・ヶ月・年　前頃から

4)上記の状態が始めて起こったとき何か思い当たる誘因はありましたか？
（○印をつけてください）

・ない
・ある　（あると答えられた方はこの誘因を具体的にお書きください）
（例：走っていて右足関節内返しストレスがかかるように前方へ転倒した。）

5)上記の状態は本日までどのように続いていますか？（○印をつけてください。）
・だんだん良くなってきている　・だんだん悪くなってきている
・ずーっと続いている　・良くなったり悪くなったりしている
・その他（　　）

6)今までに風邪や小さな怪我以外で病院にかかったことがありますか？
（○印をつけてください。）

・ない
・ある　（　　年　　月頃　　病名：　　）

7)現在治療中の病気や怪我はありますか？（○印をつけてください。）

・ない
・ある　（病名：　　治療機関名：　　）

8)今までに手術を受けたことはありますか？（○印をつけてください。どんな小さなものでも記入してください。）

・ない
・ある　（　　年　　月頃　　病名：　　）

9)今までに薬を飲んだり注射をしたりして、冷や汗やじんましんが出たり、具合が悪くなったことはありますか？
（○印をつけてください。）

・ない
・ある　（　　年　　月頃　　薬の種類：　抗生物質　痛み止め　ピリン　造影剤　その他【　　】）

10)その他　特記事項があれば記入してください。