

# スポーツ外来問診票

申込日:平成 年 月 日				ID No:			
氏名:			男 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日 ( 歳)	
学校名 (可能な方に限り)	学校			学年	小・中・高 専・大		年生
クラブ名 (可能な方に限り)							
1. 現在どのようなスポーツをされていますか。また、ポジションはどこですか。							
( )							
2. 一日の練習時間はどのくらいですか。							
平日	～1時間	1～2時間	2時間以上	休日	～2時間	2～4時間	4～6時間 6時間以上
3. 一週間のうち練習日数は何日ありますか。							
毎日	6日	5日	4日	3日	2日以内		
4. 痛みのある部位はどこですか。							
肩	肘	手首	指	腰(背中)	股	膝	足首 足(指を含む)
5. いつから痛みがありますか。							
( )							
6. 症状が強くなるのはいつですか。							
日常生活で			競技のとき			特定の動作で	
7. 競技中はいつに比べて痛みが出ますか。							
活動前より			活動中より			活動後に	
8. 現在のパフォーマンス状況はどのくらいですか。(ボールを投げる(蹴る)距離はどのくらいですか)							
( )%ぐらいの競技能力				( ) m			
9. 特定の動作が出来ないということがあれば教えてください。							
( )							
10. 今回の症状について他の医療機関で診察や検査などは行いましたか。							
はい・いいえ				('はい')とお答えの方は医療機関名・検査等内容を教えてください)			
医療機関名( )				検査等内容( )			