

スポーツ内科外来 初診問診票

ID:

記入日: 年 月 日

お名前 性別 男 女 年齢 歳 (小・中・高・大 年)

身長 cm 体重 kg 競技/ 専門: 主な成績/自己ベスト:

- ① 本日はどのようなことで受診されましたか？ (あてはまるもの全てにチェックしてください)
- 症状がある
- 息切れ 動悸 倦怠感 (だるい) 易疲労性 (疲れやすい)
- 筋肉のつり 下痢・軟便・腹痛などの消化器症状 咳・痰などの上気道症状
- 無月経 月経不順 その他 ()
- パフォーマンスの低下を実感する
- 記録が伸びない 練習 (試合) の途中から調子が出ない
- 以前できていたことが出来なくなった (具体的に:)
- スポーツメディカルチェックを受けたい
- その他 ()
- ② 今回、当院以外の医療機関を受診されましたか？ (いつから・どこで・診断名・治療など わかる範囲で)
- いいえ はい ()
- ③ 現在、内服している薬はありますか？ (はいの方は詳細を記入してください)
- いいえ はい ()
- ④ 今までにかかった、もしくは現在治療中の病気・ケガはありますか？
- なし アレルギーが関係する病気 (喘息・アトピー性皮膚炎・花粉症・アレルギー性鼻炎など)
- 整形外科疾患 (シンスプリント・疲労骨折など) その他 ()
- ⑤ 今までに手術や輸血を受けたことがありますか？ (何歳の時 わかる範囲で)
- いいえ はい ()
- ⑥ 食べ物や薬、その他のものに対するアレルギーはありますか？
- いいえ はい ()
- ⑦ タバコを吸いますか？ アルコールを飲みますか？
- いいえ はい ()
- ⑧ 女性の方へお聞きします (月経はエネルギー状態や骨の成長と密接な関係があります)
- 初経はありましたか？ あった (歳) まだない
- 月経は規則的にありますか？ ある (日周期) 不規則 なし (無月経)
- 現在妊娠している可能性はありますか？ いいえ はい
- ⑨ 当院を知られたきっかけを教えてください (複数回答可)
- ホームページ 口コミ 家が近い 職場/学校が近い
- もともと他院のスポーツ内科の外来にかかっていた