

スポーツ医学診療センター 問診票



総合リハビリテーションセンター中央病院

ID: _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

* 診療は予約の方が優先です。
紹介状・CD-R（画像）・お薬手帳をお持ちでしたら、受付にご提示ください。

フリガナ		学校名 / ご職業	
お名前	男 女		
スポーツ（ポジション）		所属チーム	

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

どこが / いつから	症状	
(どこが)	痛み 腫れ しびれ 赤み 熱を持っている その他	
(いつから)	症状が出たきっかけ	

2. 次の大事な試合はいつですか？ (_____)

3. 過去に同様の症状で、治療を受けたことはありますか？

通院していない / 病院：

診断名：

治療法：

4. 現在治療中の病気、過去に手術をされたことはありますか？

特になし / 高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 腎臓病 肝臓病 緑内障 前立腺肥大

喘息 リウマチ 痛風 その他・手術歴 (_____)

5. 服用中のお薬はありますか？ *お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください。

特になし / (_____)

6. 【女性の方へ】現在、妊娠している可能性はありませんか？また、現在授乳中ですか？

妊娠の可能性： ない ・ ある / 授乳中： はい ・ いいえ