

基本情報の問診票

氏名	性別	年齢	職業
住所			
電話	携帯		
身長	体重	BMI	#####
cm	kg		

1. 過去に下記の病気にかかったことや、現在治療中の病気はありますか？

はい いいえ

はいと答えた方

- 喘息 (治癒 治療中) (小児喘息 年前まで)
- 胃・十二指腸潰瘍 (治癒 治療中)
- 心臓病 (治癒 治療中) (具体的に:)
- その他 ()

2. 現在飲んでいるお薬や、使用しているお薬はありますか？

はい いいえ

はいと答えた方(薬品名)

3. 今までに怪我や骨折などをしたことがありましたらすべてご記入ください。

いつ? 【発症～通院終了】	どんな? 例)右ひじを骨折した	治療はどこで? 例)〇〇病院で	どんな治療を? 例)固定した後リハビリ	現在は? 例)痛みが残っている

4. 薬、注射などでアレルギー症状が出たことはありますか？ はい いいえ

はいと答えた方(何でどんな症状:)

5. お仕事の内容について

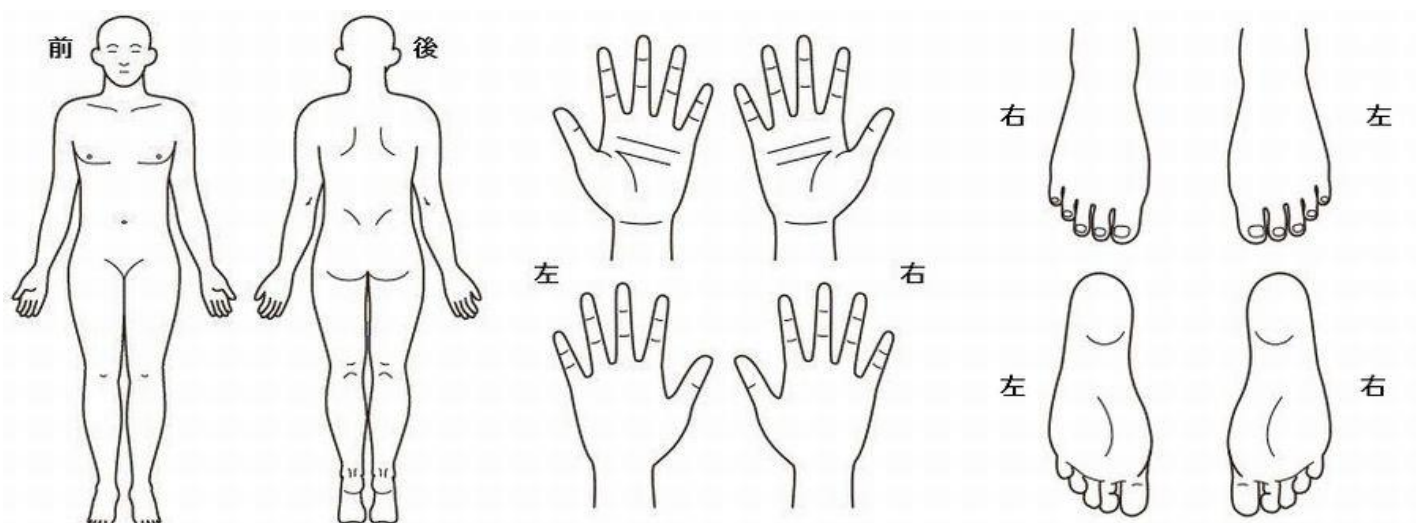
- デスクワーク 立ち仕事 重い物をもつ 中腰が多い
- 車の運転が多い 歩くことが多い

6. 女性の方へ

- 妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ
- 月経は周期的ですか？ はい いいえ

誠に申し訳ありませんが、診察が混み合っておりますので1回の診察につき1部位までとさせていただきます。ご協力をお願いいたします。

① 今回診察してほしい部分に○をつけてください。



② その症状はいつからありますか？ 例) 昨日 3日前 1週間前 ○月○日
()

③ 症状が出た原因について、思い当たる動作などありますか？

ない ある わからない

あると答えた方、具体的にお答えください。例) 最近、バッティングのフォームを変えた。

()

④ 投球の痛みの場合、こちらにお答えください。

違和感がある 日常生活では問題ない 日常生活でも痛みがある

ボールを投げると痛みがある 全力で投げると痛い

投球時痛みはなく、投球後痛くなる 投げ初めに痛い

肩に引っかかる感じがある 指がしびれる 肩が抜ける感じがある

その他 ()

⑤ 現在の投球状態は？

痛みなく投球できる

痛みで投球できない

痛みはあるが(ピッチング 遠投 全力投球) は可能(全力の ___ 割程度)

⑥ ポジション

投手 捕手 内野() 外野()

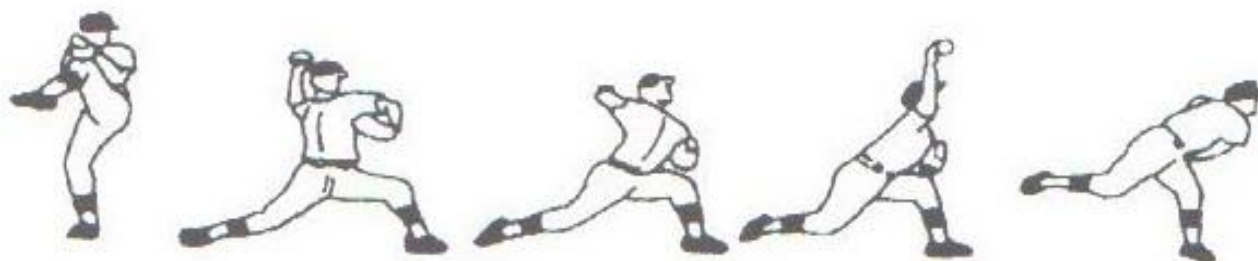
右投 左投 右打 左打

⑦ 痛みは投球のどの動作でありますか？

ワインドアップ期

加速期

フォロースルー期



コッキング期

リリース期

⑧ 症状が出てから、他の医療機関を受診した方はご記入ください。

いつ？ 発症～最終受診日	どこで？ 病院名、接骨院名など	診断名は？ 説明された内容など	治療は？ 投薬・リハビリなど	実施した検査は？
				<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 他
				<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 他

⑨ 今までのスポーツ歴をご記入ください。すべてご記入ください。

学校名・クラブ名	学年	種目	ポジション	レベル	練習頻度
小 中 高 大	年生～ 年生			地区 県 地方 全国 国際大会	日/週 時間/日
小 中 高 大	年生～ 年生			地区 県 地方 全国 国際大会	日/週 時間/日
小 中 高 大	年生～ 年生			地区 県 地方 全国 国際大会	日/週 時間/日
小 中 高 大	年生～ 年生			地区 県 地方 全国 国際大会	日/週 時間/日
現在				地区 県 地方 全国 国際大会	日/週 時間/日

⑩ 直近の試合、もしくは目標とする大会はいつですか？

(いつ: _____ 大会名: _____)

⑪ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

ホームページ 自宅が近い 学校、職場が近い

紹介 (_____)

その他 (_____)