



受診日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
御予約時間 \_\_\_\_\_ :

ID \_\_\_\_\_

• MRI • CT • XP  
• 紹介状

以下のご記入をお願いいたします。

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ (T・S・H) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ ) 歳

現住所 〒 \_\_\_\_\_

電話 (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_

帰省先 〒 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

【ご来院のきっかけ】 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

(近いから ・ Web 検索 ・ 看板 ・ クチコミ ・ ご紹介 (ご紹介者: \_\_\_\_\_))

【生活環境について】

学 生 ( \_\_\_\_\_ 小学 ・ 中学 ・ 高校 ・ 大学 \_\_\_\_\_ 年)

ご職業 \_\_\_\_\_  肉体労働  歩くことが多い  デスクワーク

【付き添い】  あり ( \_\_\_\_\_ )  なし

1. お困りの部位はどちらですか？

( \_\_\_\_\_ )

併せて、右図に○でお示しください。

2. いつから症状が出現しましたか？

H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～

3. どのような症状ですか？ (☑してください。複数回答可)

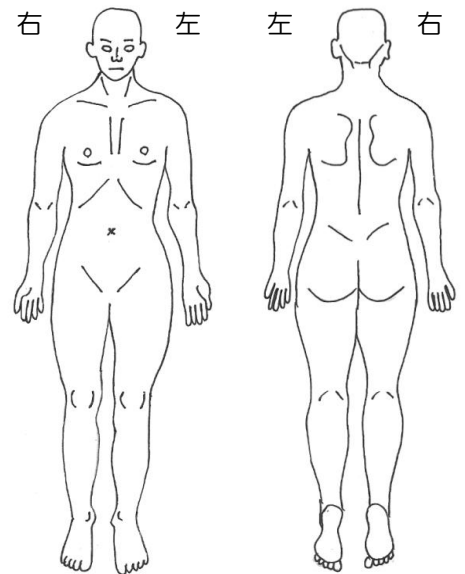
痛み  しびれ  重い  腫れ  変形

不安定感  力が入らない  動きが悪い

その他 ( \_\_\_\_\_ )

4. どのように症状はでてきましたか？

徐々に  きっかけがあった (試合中 ・ 練習中)



受傷場面がお分かりでしたら、こちらに記載をお願いいたします。

5. いつお困りですか？ (複数回答可)

いつも  圧迫時  夜間  動作時 (どのような? \_\_\_\_\_)

その他 ( \_\_\_\_\_ )

6. 症状はどのように続いていますか？

良くなっている  悪くなっている  変わらない  良くなったり悪くなったり

その他 ( \_\_\_\_\_ )

7. 現在の運動について

痛みで運動できない

痛いけど運動は続けている

普段からあまり運動はしていない

裏面のご記入もお願い致します

8. 今回の症状に対して他の医療機関で治療を受けましたか？ はい いいえ

- ① ( \_\_\_\_\_ ) 病院 ( \_\_\_\_\_ 先生) 診断 ( \_\_\_\_\_ )  
受けた治療 (ギプス ・ 手術 ・ くすり ・ 注射 ・ リハビリ ・ その他 ( \_\_\_\_\_ ) )
- ② ( \_\_\_\_\_ ) 病院 ( \_\_\_\_\_ 先生) 診断 ( \_\_\_\_\_ )  
受けた治療 (ギプス ・ 手術 ・ くすり ・ 注射 ・ リハビリ ・ その他 ( \_\_\_\_\_ ) )

9. 今まで怪我や病気で治療したことはありますか？ ない ある

- 病名 ( \_\_\_\_\_ ) いつ? ( \_\_\_\_\_ ) 年 医療機関名 ( \_\_\_\_\_ )
- 病名 ( \_\_\_\_\_ ) いつ? ( \_\_\_\_\_ ) 年 医療機関名 ( \_\_\_\_\_ )

【アレルギー】 ない ある ( \_\_\_\_\_ ) 【妊娠】 ない ある (現在 \_\_\_\_\_ ヶ月)

【スポーツ歴】	学 年	種 目	ポジション	練 習
小学	_____ 年 ~ _____ 年	_____	( _____ )	_____ 日/週
中学	_____ 年 ~ _____ 年	_____	( _____ )	_____ 日/週
高校	_____ 年 ~ _____ 年	_____	( _____ )	_____ 日/週
大学	_____ 年 ~ _____ 年	_____	( _____ )	_____ 日/週
社会人		_____	( _____ )	_____ 日/週
現 在		_____	( _____ )	_____ 日/週

【今後のスポーツ】 競技レベル レクリエーションレベル スポーツはもうしない  
種目 \_\_\_\_\_

【今回の治療について】

1. 当院に対する希望 (複数回答可)

- 詳しく検査してもらいたい 薬が欲しい 必要であれば手術希望
- リハビリに通いたい 自分にあったトレーニング方法を教えて欲しい
- 現在の治療でいいか聞きたい (セカンドオピニオン)

2. 今後の治療について 当院での治療希望 セカンドオピニオンのみでよい

3. リハビリは週に何回通えますか？ 週に 1 回 週に 2~3 回 週に 4~5 回

4. 治療費について 保険範囲内で希望 保険外でもよい

5. 必要であればメディカルフィットネスセンターでのパーソナルトレーニングなどを受けたい。

はい いいえ

6. 必要であればリコンディショニングセンターでのスポーツマッサージ・鍼灸・指圧・酸素カプセル・岩盤浴などを受けたい。  
はい いいえ

【個人情報の取り扱いについて】

当院での患者さまデータ (診断および治療にかかわるもの。血液検査、画像検査含む。) の利用は、施設内での解析または連絡を主な目的とします。なお、学会報告および研究報告にて、患者さまのデータを使用させていただく場合があります。その際は匿名化を徹底し、個人が特定されないよう十分配慮をいたします。

以上です。ご協力ありがとうございました。これから診察となりますので、しばらくお待ちください。