



受診日 年 月 日

御予約時間 :

・MRI ・CT ・XP
・紹介状

ID

以下のご記入をお願いいたします

担当 医師

ふりがな

お名前 男・女 (S・H・R) 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 (学校名) 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○でお示ください。

2. いつから症状が出現しましたか？

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)

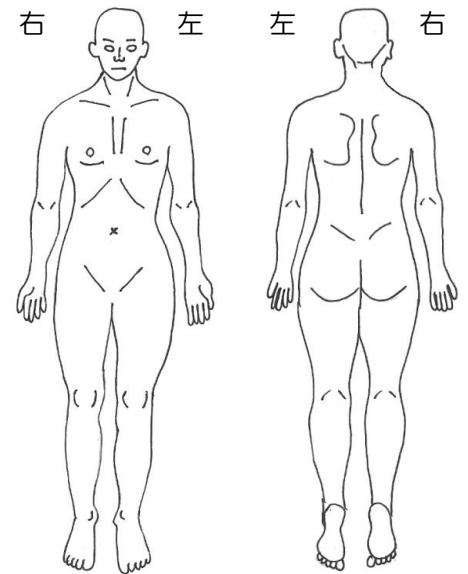
痛み しびれ 重い 腫れ 変形

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)



【利き手】 右 ・ 左

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いたします

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. 現在および過去に、怪我や病気 (内科疾患など) 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 ()

病名 () いつ? () 年 医療機関名 ()

【内服薬】 ()

※お薬手帳を持参されている方は、提出をお願いします。(提出された場合、上記【内服薬】欄記入は省略可。)

【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 |
| 過去のベストレコード | | | | |

【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. 必要が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. 必要が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。