

## 《 学 生 様 用 問 診 票 》

フリガナ お名前	性別 男 ・ 女	生年月日 M . T . S . H 年 月 日	体重 kg
住所	連絡先		身長
	小・中・高	年生	cm
スポーツをされている方はご記入ください ・ 現在活動中のスポーツ ( ) ・ 所属チーム名・学校名 ( ) ・ ポジション ( ) ・ 練習時間 ( 1週間に 回 ・ 1日に 時間程度) ・ 大切な大会、試合の予定 ( 月 日 )			

1)どのように当院を知りましたか？

ホームページ・SNS・口コミ・広告・紹介・その他( )

2)症状のある部位に○印をつけてください



3)どのような症状でお困りですか？

[ ]

4)その症状はいつ頃からですか？

( )

受傷日がわかれば記入ください

( 年 月 日 )

5)原因と思われることはありますか？

( )

6)今回の症状で、他院で治療を受けたことがありますか？

いいえ

はい … ( 施設名 治療内容 )

9)現在服用中の薬はありますか？ ( いいえ・はい )

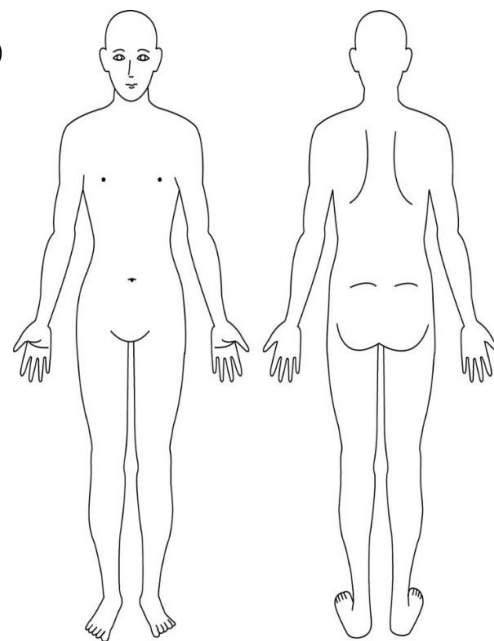
「はい」の方 … ( お薬手帳は持参されていますか？ いいえ・はい )

10)今までに大きな病気、手術を受けたことがありますか？ ( いいえ・はい )

11)今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ ( いいえ・はい )

「はい」の方 … ( 薬の名前 食べ物 )

その他 … ( 金属アレルギー・アルコール消毒等 )



☆ご協力くださりありがとうございました。☆

《かとう整形外科 スポーツ運動器クリニック》

患者様記入不要 1、ご家族と一緒に来院 ( )

2、一人で来院