ID：　　受診日　　年　　月　　日

スポーツ外来　問診票

フリガナ	男・女	生年月日 S・H　年　月　日　才
氏　名	学校名　　学年	
住　所　〒（　　ー　　）	所属チーム	
携　帯　　ー　　ー 電　話　　ー　　ー	＊当院外来を知られた理由	

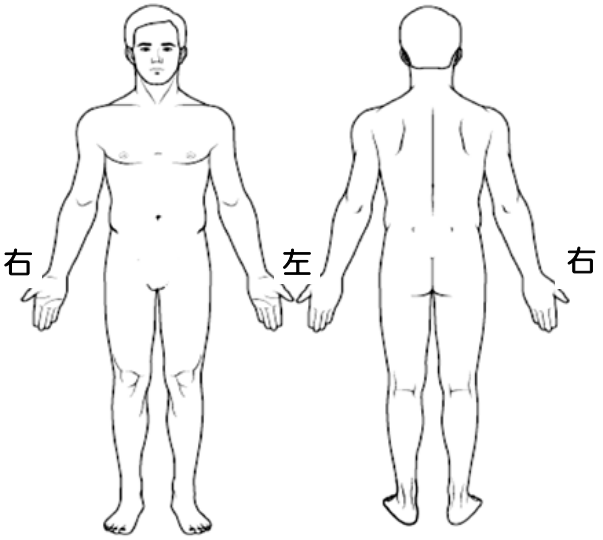
競技名	種目別（硬・軟・長・短・人制、等の詳細）	ポジションその他
試合予定（ある・ない） 月　　日（　）	試合・大会名	開催会場

1．どのような症状で受診ですか。

右の

左の

2．症状のある部位に〇をつけてください。



3．いつ頃から症状はでてきましたか。

4．症状がでてきた原因は何ですか。

5．今回の症状で他の医療機関を受診されていますか。

□はい　　病院名（　　受診日　　）

□受診していない

6．現在、内服している薬がありますか。お薬手帳をお持ちの方はお出しください。

□ある　　お薬名（　　病院　　）

□特になし

7．薬や食べ物でアレルギーはありますか。

□ある　　お薬名（　　）　食べ物（　　）

□なし

★

2022/12 改訂