

スポーツ整形外科問診票

学校名、またはチーム名 []

1.スポーツ種目はなんですか？チームスポーツの場合はポジションを記載してください。

2.チームでの立場を教えてください。あてはまるものに○をつけてください。複数回答可

[レギュラー、準レギュラー、控え、その他：キャプテン、副キャプテン]

3.近日中に出場予定の試合や大会はありますか？

日時 月 日～ 月 日

大会名

4.治療についての要望があれば記載してください。

[例：MRIなどの詳しい検査、トレーニングの指導、指導者への連絡など]

5.現在の練習への参加状況を教えてください。あてはまるものに○をつけてください。

- a. 痛みを我慢して普通に参加している。
- b. 加減しながら参加できることだけしている
- c. 個人メニューにしている
- d. 見学している
- e. 練習に行っていない
- f. その他

6.痛みを感じる特定の動作があれば教えてください。

[例：ランニング時、投球時、ジャンプの着地など]

7.学生さんの場合は、卒業後の進路についての希望があれば教えてください。

[例：スポーツ推薦で進学したい、体育系の職業を希望している、競技は続けないなど]

ご記入が終わりましたら受付にお持ち頂くか、お近くのスタッフにお声がけください。
ご協力ありがとうございました。

※以下スタッフ記入欄

内・整形・形成・皮膚・脳外・耳鼻

代筆者	受取者	登録/確認者	画像取込者	最終チェック者