

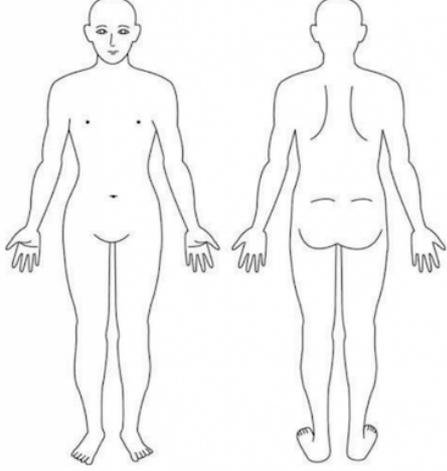
リリズスポーツクリニック問診票

NO

記入日: 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			西暦 年 月 日(歳)
住所	〒 ー		
電話番号		体温	度

専門種目		競技・ダンス歴	年
ポジション・ジャンル		過去のスポーツ・ダンス歴	
競技レベル (過去のベスト記録・受賞歴など) 学生・プロ・アマ			

<p>○どのような症状ですか</p> <p><input type="checkbox"/>痛い <input type="checkbox"/>しびれ <input type="checkbox"/>動きにくい <input type="checkbox"/>腫れている</p> <p><input type="checkbox"/>何かできている <input type="checkbox"/>突っ張る <input type="checkbox"/>傷がある <input type="checkbox"/>捻挫</p> <p><input type="checkbox"/>ぶつけた <input type="checkbox"/>火傷 <input type="checkbox"/>その他()</p> <p>○症状はいつからありますか?</p> <p>約()日・週間・ヶ月・年前から</p> <p>○症状が出たきっかけや動きはなんですか?</p> <p><input type="checkbox"/>転倒 <input type="checkbox"/>落ちた <input type="checkbox"/>ぶつけた <input type="checkbox"/>ひねった <input type="checkbox"/>運動中</p> <p><input type="checkbox"/>切った <input type="checkbox"/>はさんだ <input type="checkbox"/>交通事故 <input type="checkbox"/>仕事中 <input type="checkbox"/>原因不明</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p> <p>○今回の症状で他の病院を受診されましたか?</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ()病院・クリニック</p> <p>○過去に大きな怪我や病気で治療や手術を受けられたことはありますか? (1週間以上、練習・レッスンを休むような大きな怪我や病気はありましたか?)</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり()</p> <p>○現在、治療中の病気はありますか? <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり()</p> <p>○現在飲んでいるお薬はありますか? <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり()</p> <p>○喫煙、飲酒について教えてください</p> <p>●喫煙:<input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う(本 / 日 × 年間) ●飲酒:<input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む(週 日)種類・量()</p> <p>○お薬・食べ物のアレルギーはありますか? <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり()</p> <p>* 女性の方へ。月経は順調ですか? <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ(具体的に)</p> <p>現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか? <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい(<input type="checkbox"/>妊娠中 <input type="checkbox"/>妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/>授乳中)</p> <p>○現在、その他に心身面で気になっていることはありますか?</p> <p><input type="checkbox"/>食事 <input type="checkbox"/>睡眠 <input type="checkbox"/>メンタル <input type="checkbox"/>体重コントロール <input type="checkbox"/>その他()</p> <p>○当院をどちらでお知りになりましたか?</p> <p><input type="checkbox"/>ホームページ <input type="checkbox"/>インスタグラム <input type="checkbox"/>パンフレット・カード <input type="checkbox"/>通りすがり</p> <p><input type="checkbox"/>紹介(様) <input type="checkbox"/>その他()</p>	<p>症状のある部位に○をつけて下さい。</p> 
---	--