

メディカルアンケート

氏名: _____

記入日:平成 年 月 日

1. 現在、外傷、傷害により痛みや制限のある部位はありますか? Yes / No

部位	診断名/機能障害	発症日	ケアの内容(治療・テーピングなど)
例)右肩			オベ既往のため屈曲制限あり(オベ2013.4.1) オーバーヘッドエクササイズ不可
例)左膝	前十字靭帯損傷Ⅱ度	H20.4.23	超音波・アイシング 練習・試合時のテーピング

2. 過去1年間に1週間以上練習、試合を休むような怪我をしたことがありますか? Yes / No

部位	診断名	受傷日・処置
例)左足関節(外側)	左足関節内反捻挫	H20/4/23 病院にて患部1週間固定後リハビリ3週間

3. 1ヶ月以内に、筋肉や関節の痛みの為に、注射・痛み止めの薬を使いましたか? Yes / No

部位	月日

4. 過去1年間に頭部・頸部の外傷、傷害にて練習や試合を1週間以上休むことができましたか? Yes / No

月日	受傷状況

5. 過去に大きな病気や手術をしたことがありますか? Yes / No

病名	月日

6. 現在、服用中の薬や定期的に使っているサプリメントはありますか? Yes / No

薬・サプリメントの名前	理由

7. アレルギーはありますか? Yes / No

種類

8. 予防接種の有・無

破傷風 有・無・不明

B型肝炎 有・無・不明

麻疹(はしか) 有・無・不明

インフルエンザ 有・無・不明

9. チームドクター・メディカルトレーナー

※所属チームで、担当者がいらっしゃる場合のみ連絡願います。不在の場合は記入は不要です。

役職	氏名	連絡先電話番号	E-mail Address
チームドクター			
メディカルトレーナー			