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			オペ既往のため屈曲制限あり（オペ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ありましたか？　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用し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			