

# スポーツ内科外来 初診問診票

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 (小・中・高・大 \_\_\_\_\_ 年)・社会人・プロ・その他 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 競技/専門: \_\_\_\_\_ 主な成績/自己ベスト: \_\_\_\_\_

1. 本日はどのようなことで受診されましたか？(あてはまるもの全てにチェックしてください)

- 症状がある
  - 無月経                       月経痛                       月経不順                       月経前の不調
  - 息切れ                       動悸                       倦怠感(だるい)  疲れやすい                       筋肉のつり
  - 下痢・軟便・腹痛などの消化器症状  咳・痰などの上気道症状
  - その他( \_\_\_\_\_ )
- パフォーマンスの低下を実感する
  - 記録が伸びない  練習(試合)の途中から調子が出ない
  - 以前出来ていたことが出来なくなった(具体的に: \_\_\_\_\_ )
- スポーツメディカルチェックを受けたい
- 月経をずらしたい  その他( \_\_\_\_\_ )

2. 月経について

- 初経年齢 \_\_\_\_\_  ( \_\_\_\_\_ )歳                       まだない
- 月経は規則的にありますか？  ある( \_\_\_\_\_ 日周期)  不規則( \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ 日)
- 直近の月経開始日・持続日数は？ ( \_\_\_\_\_ )年( \_\_\_\_\_ )月( \_\_\_\_\_ )日 ( \_\_\_\_\_ )日間
- 現在妊娠している可能性はありますか？  いいえ  はい

3. 当院以外の医療機関を受診されましたか？(受診病院名・診断名・治療を記載してください)

- いいえ  はい( \_\_\_\_\_ )

4. 現在、内服している薬やサプリメントはありますか？

- いいえ  はい( \_\_\_\_\_ )

5. 今までにかかった、もしくは現在治療中の病気・ケガはありますか？

- なし  あり( \_\_\_\_\_ )

6. 今までに手術や輸血を受けたことがありますか？(治療時の年齢・病名・治療内容を記載してください)

- いいえ  はい( \_\_\_\_\_ )

7. 食べ物や薬などに対するアレルギーはありますか？

- いいえ  はい( \_\_\_\_\_ )

8. タバコを吸いますか？アルコールを飲みますか？

- いいえ  はい( \_\_\_\_\_ )