

問診票

日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな		生年月日	年	月	日
氏名		年齢	歳	性別	男・女
住所	〒	電話番号			
		携帯番号			

緊急連絡先

名前		続柄	
電話番号			

既往歴

現在または過去に、以下のいずれかが当てはまりますか？

(はいの場合は✓を記入してください。)

<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 糖尿病 (I型・II型)
今までに手術を受けたことがある。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 時期： 病名：
安静時や運動時に、原因不明の胸の痛みを感じることもある。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 身体的運動を伴うまたは伴わない失神またはめまいがおこる。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
身体運動の有無に関わらず、胸部、首、あご、腕、その他の身体に痛みまたは不快感がある。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 部位：
一時的な視力または発話（言語）能力の喪失、または身体の片側、腕、または脚の短期的なしびれまたは脱力がある。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 部位： 症状：
現在、競技や練習の支障となる「ケガ」や「痛み」がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 部位： 症状：
その他

