Patient Interview Form (Sports)

スポーツ整形外科問診票

Date
YYYY/MM/DD

Patient's name
氏名

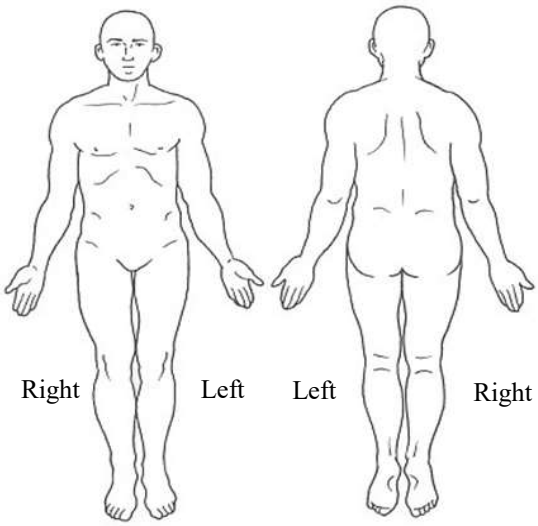
◎ Height 身長 cm　Weight 体重 kg

◎ Emergency contact 緊急連絡先　Address: 住所　Phone: 電話

◎ When did your symptoms first appear? いつから症状があるか

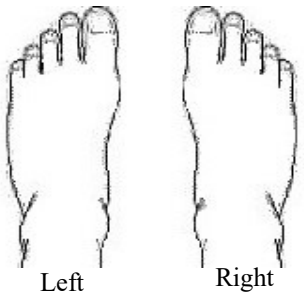
From

◎ Where do you have symptoms? どこが良くないか
Enclose in a circle on right picture. 右図に○印をつけてください



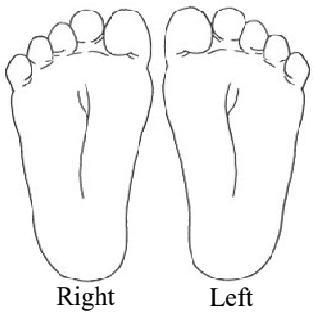
◎ What symptoms do you have? どのような症状か
- ☐ Pain 痛み
- ☐ Strange feeling 違和感
- ☐ Swelling 腫れ
- ☐ Difficulty moving 動きが悪い
- ☐ Poor shape 形が悪い
- ☐ Other その他

◎ Do you have any idea why your symptoms occurred?
原因に心当たりがありますか？
- ☐ No いいえ
- ☐ Yes : Please describe the cause of the symptoms below. はい



◎ Have you ever received any treatment for your symptoms? どこかで治療を受けたか
- ☐ No いいえ
- ☐ Yes : At _____ はい / 病院名
(Hospital, clinic or other medical facility's name)

Treatment detail such as oral medications, patch, injection, surgery, massage and so on.



◎ Fill in the table below about your sporting experience.

	Sports / Position 種目・ポジション	School or team name 学校名・所属クラブ	Frequency / Practice time per session 練習回数・1回の練習時間
Elementary / Jr. high 小学/中学			times a week / hours
High school 高校			times a week / hours
University 大学			times a week / hours
Current 現在			times a week / hours

◎ Sport level
- ☐ Professional / International competition プロ/国際大会
- ☐ Local competition 地方
- ☐ Hobby 趣味
- ☐ National competition 全国
- ☐ Club team / group 同好会
- ☐ Other 他

◎ Highest ranking so far / Best record
これまでの最高順位、ベストレコード

◎ What do you want to be in sports in the future? ☐ Professional athlete プロ選手 ☐ Amateur athlete アマ選手
スポーツでの将来の希望 ☐ Sports trainer トレーナー ☐ Coach 指導者
☐ Weekend player / Hobby 趣味

◎ Are you on the Doping Testing List? ☐ Yes ☐ No ドーピング検査対象リストへの登録？
◎ Do you want to discuss with our pharmacist about your medication? ☐ Yes ☐ No 薬剤師に相談したことがあるか？

◎ Are you currently being treated for any diseases? 現在治療中の病気
☐ No ☐ Yes :

◎ Are you currently on medication? 現在服用中の薬
If you have the medication list, please submit to the reception.
☐ No ☐ Yes :

◎ Have you ever had surgery before? 手術歴
☐ No ☐ Yes :

◎ Do you have any allergies? アレルギーはありますか？
☐ No
☐ Yes → ☐ Medication 薬 ( ) ☐ Food 食べ物 ( )
☐ Metal 金属 ( ) ☐ Other その他 ( )

◎ Have you ever been told you have aspirin asthma? アスピリン喘息と言われたことはありますか？
☐ No ☐ Yes

◎ Questions for women: Is there a possibility of pregnancy? 現在妊娠している可能性はありますか？
☐ No ☐ Yes

◎ Questions for women: Is your menstruation cyclic? 月経は周期的ですか？
☐ Yes ☐ No

◎ Are you taking low-dose pills etc. ? 低用量ピルなどの服用（薬剤名）
☐ No ☐ Yes : Fill in medication name

◎ Have you returned from abroad (countries except Japan) within 14 days? 14日以内の海外滞在歴
☐ No
☐ Yes → Which countries? Fill out all of them. どこの国ですか？

◎ How did you know this hospital? 当院をどのようにして知ったか？

☐ Referral from doctor 医師からの紹介

(☐ Recommended by the doctor ☐ Asked the doctor for referral) 医師から/自分から

☐ Referral from family member or acquaintance 家族・知人

☐ Web searching インターネット

☐ TV programs, magazines, newspapers or books テレビ、雑誌、新聞、本など

(Which programs, magazines or books? どの番組、新聞、本などですか？)

☐ Advertisement at stations or on buses 駅、バスなどの広告

(Which advertisement? どこの広告ですか？)

☐ Other その他 ( )

◎ Qusttion those who came to this hospital through internet search. インターネットで検索された方へ

What was the deciding factor to visit this hospital (Multiple answers allowed)? 当院を受診する決め手

☐ Large number of surgery cases	手術件数が多い	☐ Many patients got better	良くなった患者が多い
☐ Good description on the website	ホームページの説明が良い	☐ Various treatment methods	様々な治療法
☐ Short hospitalization	入院が短い	☐ Be able to return normal life soon	早期日常復帰
☐ Less postoperative pain	術後の痛みが少ない	☐ Short wait for surgery	手術まで待たない

☐ Other 他

( )

◎ Please fill in requests if you have. ご要望があればご記入ください。

( )

If you have a refferal letter, MRI or other test data, please submit it to the reception.

Thank you for writing. Inanami Spine and Joint Hospital