

シンスプリント外来 問診票

①お名前

②生年月日 (昭和・平成) 年 月 日 (歳)
(身長 cm 体重 kg)

③ご住所 (〒 —)

④(つながりやすい) 電話番号、FAX番号をお書き下さい。

(当院より連絡をする場合、時間の指定がある場合は時間等もお願いします)

電話番号(携帯可)

FAX番号

⑤どのような競技をされていますか？

⑥どちらの脚が痛みますか？ (右・左・両方とも)

⑦(シンスプリントは) いつ頃から痛みますか？

⑧練習量についておたずねします。

一日の走る距離はおよそどれくらいですか？

一週間のうち休みはどれくらいありますか？

練習を休むことは可能な状態ですか？

⑨ シンスプリントが痛む前やその後の経過について教えてください。

シンスプリントが痛む前に練習メニューやランニングフォームを変えましたか？

何か治療はされましたか？

⑩ シンスプリント症状についてお尋ねします。

(左右両方の場合は症状のひどい方についてお答えください)

朝起きて体重をかけると痛みますか？ (はい・いいえ・時々ある)

普段歩いている時、階段を上り下りするときにも痛みますか？

(はい・いいえ・時々ある)

寝ている時や座っている時などでもズキズキと痛むことがありますか？

(はい・いいえ・時々ある)

⑪ ご希望の診療日・時間帯などがありましたらご記入下さい。

⑫ 何かご要望等がありましたら、何なりとお書き下さい。

※ご記入ありがとうございました。あらためて当院よりご連絡させていただきます。

	圧痛長	M/W	Ankle Fix
Right			
Left			

(この表には何も記入しないでください)