**問　診　票**

記入日　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| クラブ･サークル名 | |  | | 連絡先  （電話等） |  |
| 学籍番号 |  | | 氏　　名 |  | |
|  | |

**1．現在、観察中または治療中のケガや病気はありますか？**

疾患名①

・発症日（　　　年　　月　　日)　　 現在（観察中・治療中）

・練習について主治医の許可 （あり・なし）

・試合出場について主治医の許可 （あり・なし）

疾患名②

・発症日（　　　年　　月　　日)　　 現在（観察中・治療中）

・練習について主治医の許可 （あり・なし）

・試合出場について主治医の許可 （あり・なし）

疾患名③

・発症日（　　　年　　月　　日)　　 現在（観察中・治療中）

・練習について主治医の許可 （あり・なし）

・試合出場について主治医の許可 （あり・なし）

**2．現在の健康状態について、自覚症状があれば記入してください。**

* 1. な　し
  2. あ　り（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**3.その他　質問事項、伝えておきたい事などがあれば記入ください。**