

科学ID	
医学ID	

## 個人情報票

太線枠内を消えない黒ボールペンでご記入ください。 ※の箇所は○（マル）印をつけてください。

記入日	20 年 月 日		
利用日	20 年 月 日		
利用回数	体力測定	回目（前回測定日：20 年 月 日）	
	動作分析	回目（前回測定日：20 年 月 日）	
フリガナ			性別
氏名			
生年月日	西暦	年 月 日	年齢 歳
住所	郵便番号	—	都・道 府・県 市・郡 区
電話番号			携帯番号
FAX番号			
E-mail			

現在または最近までの競技内容についてご記入ください。

① ※すべて必ずご記入ください。

競技種目			競技開始年齢	歳
専門種目 ポジション			メインのポジションを1つだけ、ご記入ください。 例) ピッチャー、短距離、キーパー、階級など 強化指定などの項目をご選択ください。 JOC…日本オリンピック委員会指定 試合の出場経験をご選択ください。 ブロック…北信越等	
強化指定等 <sup>※</sup>	JOC 全日本 ブロック 県 地区 ナシ プロ			
出場経験 <sup>※</sup>	国際 ツア 全国 ブロック 県 地区 市町村 抄			
学校・企業 ・クラブ名				
ベストの成績	20 年 月	大会名：	記録・成績：	
最近の成績	20 年 月	大会名：	記録・成績：	
	20 年 月	大会名：	記録・成績：	

② 他の競技もされている場合は、こちらにその競技をご記入ください。

競技種目			競技開始年齢	歳
専門種目 ポジション				
強化指定 <sup>※</sup>	JOC 全日本 ブロック 県 地区 ナシ プロ			
出場経験 <sup>※</sup>	国際 ツア 全国 ブロック 県 地区 市町村 抄			
学校・企業 ・クラブ名				
ベストの成績	20 年 月	大会名：	記録・成績：	
最近の成績	20 年 月	大会名：	記録・成績：	
	20 年 月	大会名：	記録・成績：	

## 体力測定問診票 2019.4~

記入日 20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

氏名\_\_\_\_\_

※あてはまる項目□に✓をつけてください。ない場合は必ず「なし」に✓をしてください。

必ず測定を受ける本人が記入してください。消えないボールペンで記入してください。

## I 現在の身体の状態

- (1) 運動中に息が切れたり、呼吸困難感を感じたことがありますか。  
少し気になる 運動を中止したことがある しばしばあって運動が十分にできない なし
- (2) 運動中や運動後に胸の痛みを感じたことがありますか。  
時々ある しばしばある なし
- (3) 体の痛みや症状はありますか(ある場合は部位をすべて記入してください)。→例：右ひざ痛、腰痛、左足首腫れ  
 部位と内容 ( ) なし
- (4) 病気や症状で治療または定期的に通院しているものはありますか(ケガは(5)へ記入)。  
 内容 ( ) なし  
 内容 ( )
- (5) ケガで治療または定期的に通院しているものはありますか(部位は、左右なども記入)。  
 部位 ( ) 内容 ( ) 受傷日 ( 年 月 日 ) なし  
 部位 ( ) 内容 ( ) 受傷日 ( 年 月 日 )
- (6) 常用している薬はありますか(飲み薬、塗り薬、吸入薬など)。  
 薬品名 ( ) なし
- (7) 普段使用している栄養剤・サプリメント・栄養ドリンク等(ビタミン、ミネラル、プロテイン等)はありますか。  
 名称 ( ) なし

## II 既往歴(過去の病気やケガ)について

- (1) かかったことのある病気や症状に✓をつけてください。  
貧血 ぜんそく アレルギー性結膜炎 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 花粉症  
高血圧 不整脈 心筋炎 川崎病 リウマチ熱  
けいれん発作 てんかん 肺炎 腎炎 肝炎  
手術 ( ) 輸血  
注射(予防接種や採血)での体調不良  
薬物アレルギー 薬品名 ( )  
食物アレルギー 食品名 ( )  
その他 ( )  
なし

(2) 今までに学校検診や健康診断等で異常等が指摘された場合はチェックし、内容を記入してください。

- 血 圧 ( 例：高血圧) □なし
- 尿 検 査 ( 例：蛋白尿、血尿)
- 血 液 検 査 ( 例：貧血)
- 心 電 図 ( 例：不整脈)
- 心 雑 音 ( )
- 呼吸機能検査 ( 例：ぜんそく)
- そ の 他 ( )

(3) 今までに経験したケガに✓をし、傷害名に○(丸)してください。(部位は、必ず左右を記入してください)。

- じん帯<sup>じんしょう</sup>損傷・断裂<sup>たんれつ</sup>・捻挫<sup>ねんさ</sup> 部位 ( ) (受傷時期 20 年 月) □なし
- 骨 折 部位 ( ) (受傷時期 20 年 月)
- 脱 臼 部位 ( ) (受傷時期 20 年 月)
- 筋<sup>きん</sup>損傷・肉離れ<sup>にくばなれ</sup>・筋膜炎<sup>きんまくえん</sup> 部位 ( ) (受傷時期 20 年 月)
- 関 節 痛 部位 ( ) (受傷時期 20 年 月)
- アキレス<sup>けんだんれつ</sup>腱断裂・アキレス<sup>けんえん</sup>腱炎 部位 ( 右 ・ 左 ) (受傷時期 20 年 月)
- 腰 痛 (受傷時期 20 年 月)
- そ の 他 部位と内容 ( ) (受傷時期 20 年 月)

(4) 今までに練習中や試合中に脳しんとうや失神(意識を失うこと)を経験したことはありますか。

- 脳しんとう 失神 それは、何歳のときですか。 ( 歳) □なし

### Ⅲ 家族の健康状態について (あてはまる口に✓をつけてください)

	父方		父方				母方		母方	
	父親	母親	兄	姉	弟	妹	祖父	祖母	祖父	祖母
60歳以前に病気で急死	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高 血 圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
狭心症・心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心 筋 症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不 整 脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
マルファン症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脳 血 管 障 害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖 尿 病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脂 質 異 常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肥 満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
が ん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ぜんそく・アレルギー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV 生活習慣について (ない場合は必ず「なし」に✓をしてください)

(1) 1日の平均睡眠時間はどれくらいですか。

約 \_\_\_\_\_ 時間 起きる時間 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分ごろ

(2) 1日3食摂っていますか。

いる  いない

(3) 喫煙していますか。

現在も喫煙 (1日平均喫煙本数 \_\_\_\_\_ 本)  過去に喫煙  なし

(4) 飲酒していますか。

飲むときの回数  週1回未満  週2~5回  週6回以上  なし

飲む量  ビール  ワイン  日本酒  焼酎  酎ハイ  その他 } 量 \_\_\_\_\_ ml

V 女性のみ回答してください (ない場合は必ず「なし」に✓をしてください)

(1) はじめての生理(初潮)  なし  あり⇒(年齢 \_\_\_\_\_ 歳)

(2) 最終月経(一番最近の生理) 開始日 20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日~ (およそ \_\_\_\_\_ 日間)

(3) 月経(生理)について

周期(何日おき)  規則的 ( \_\_\_\_\_ 日周期)  不規則  無月経 (月経のない期間 \_\_\_\_\_ ケ月間)

出血量  多い  普通  少ない

痛み  なし  あり (  生活に支障はない ・  薬を飲む ・  寝込む )

鎮痛薬使用  なし  あり 薬品名 ( \_\_\_\_\_ )

婦人科で診察を受けたことはありますか。

なし  あり 内容 ( \_\_\_\_\_ )

ホルモン剤・ピルを服用していますか。

なし  あり 薬品名 ( \_\_\_\_\_ )

試合やトレーニングに影響を及ぼすことはありますか。

なし  あり

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 医師署名 \_\_\_\_\_

## 同 意 書

私は、健康づくり・スポーツ医科学センターの「体力測定」を利用するにあたり、「利用にあたって」の注意事項等及び「個人情報の保護」について十分に理解しましたので、自らの自由意思に基づき、利用することに同意します。

同 意 日： 西 暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(※本人自筆署名・捺印)

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

(※本人未成年者の場合には保護者自筆署名・捺印)

保護者氏名： \_\_\_\_\_ 印

以下はセンター職員が記入します。

確 認 日：西 暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

確認者氏名： \_\_\_\_\_