

体力測定問診票 2019.4~

記入日 20 19 年 9 月 1 日 氏名 新潟 清五郎

※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 現在の身体状況

- (1) 運動中に息が上がる。各質問に必ずチェックを入れてください。
(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。
(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)。
(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(アガは(5)へ記入)。

内容(喘息) 内容(右胸アゴック)
日付が分からない場合は 5日 15日 25日 など、おおまかな日付を記入してください。
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)。

- (5) 部位(腰) 内容(分癩症) 受傷日(2018年10月25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)。
(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。

II 既往歴(過去の病気やケガ)について

- (1) かつたことのある病気や症状に✓をつけてください。
口貧血
口高血圧
口けいれん発作
口手術
口注射(予防接種や採血)での体調不良
口アレルギー薬
口食物アレルギー
口その他

(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。

- 口血圧
口尿検査
口血液検査
口心電図
口心雑音
口呼吸機能検査
口その他

- (3) 1年以内に経験したケガに✓をし、障害名に○(円)してしてください。(部位は、必ず左右を記入してください)。
口脳神経痛
口関節痛
口アキレス腱断裂・アキレス腱炎
口腰痛
口その他

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)

Table with columns: 60歳以前に病気で急死, 高血圧, 狭心症・心筋梗塞, 心臓病, 不整脈, マルファン症候群, 脳血管障害, 糖尿病, 脂質異常, 肥満, ガン, ぜんそく・アレルギー. Rows: 父, 母, 兄, 姉, 弟, 妹, 祖父, 祖母, 母方.

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 7 時間 起きる時間 7 時 0 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 } 500 ml

✓ 女性のみの回答してください (ない場合は必ず日付を記入してください。もし、生理中の方は ( 日間 ) の後ろに『生理中』と記入してください。

- (1) はじめての生理 (初潮) □なし  あり⇒ (年齢 12 歳)
- (2) 最終月経 (一番最近の生理) 開始日 2018 年 2 月 3 日 ~ (およそ 5 日間)
- (3) 月経 (生理) について 生理がきてから次の生理までの生理周期を記入してください。  
 周期 (何日おき)  規則的 ( 31 日周期 ) □不規則 (月経のない期間 3 ヶ月間)
- 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 期間を記入してください。)  
 鎮痛薬使用 □なし  あり 薬品名 ( ロキソニン )  
 婦人科で診察を受けたことはありませんか。  
 □なし  あり 内容 ( 月経痛がひどかったため )  
 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せんか。  
 □なし  あり

/ / 医師署名

新潟県健康づくり・スポーツ医学センター長 様

同意書

私は、健康づくり・スポーツ医学センターの「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 2019年 9月 1日

(※本人自筆署名・捺印)

氏名： 新湊 清五郎 (印)

それぞれ必ずご本人が記入・捺印してください。

(※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： 新湊 清太郎 (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： \_\_\_\_\_