

# 体力測定問診票 2019.8~

記入日 20 20 年 4 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 現在の身体の状況

- (1) 運動中に息が切れたり、呼吸困難を感じたことがありますか。  
 少く  なし 各質問に必ずチェックを入れてください。  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 ( 腰痛、左膝痛、首痛 )  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 ( 喘息 ) 日付が分からない場合は 5日 15日 25日  なし  
 内容 ( 右脚ブロック ) など、おおまかな日付を記入してください。
- (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 ( 腰 ) 内容 ( 分離症 ) 受傷日 ( 2018年 10月 25日 )  なし  
 部位 ( 右膝 ) 内容 ( 前十字靭帯断裂 ) 受傷日 ( 2017年 12月 3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 ( シムビコート、メフチンエアー )  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 ( プロテイン、ビタミンC、カルニチン )  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 ( スルガム錠 )  
 食物アレルギー 食品名 ( エビ )  
 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○(マル)してください。(部位は、必ず左右を記入してください)。

- しん帯損傷・断裂 捻挫 部位 ( **左足関節** ) (受傷時期 **2018年3月**)  なし
- 骨 折 部位 ( **右橈骨** ) (受傷時期 **2015年10月**)
- 脱 臼 部位 ( ) (受傷時期 年 月)
- 筋損傷・内転丸・筋膜炎 部位 ( **右ハムストリング** ) (受傷時期 **2018年3月**)
- 関 節 痛 部位 ( ) (受傷時期 年 月)
- アキレス腱断裂 アキレス腱炎 部位 ( 右 )・左 ) (受傷時期 **2014年9月**)
- 腰 痛 (受傷時期 **2018年10月**)
- そ の 他 部位と内容 ( ) (受傷時期 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。 ( **15** 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 親                                 |                                     | 兄 姉 弟 妹                             |                          |                          |                                     | 父 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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| 狭心症・心筋梗塞    | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 不 整 脈       | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| ぜんそく・アレルギー  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" 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 7 時間 起きる時間 7 時 00 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 500 ml

Ⅴ 女性のみ回答してください (ない場合は必

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  無月経 (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 )

無月経の方は最終月経からの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すか。

なし  あり 内容 ( 月経痛がひどかったため )

「薬を飲む」に✓を入れた方は薬品名を忘れず記入してください。

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 2020年 4月 1日

(※本人自筆署名・捺印)

氏 名： 新潟 清五郎

(※本人未成年者の場合には保護者自筆署名・捺印)

それぞれ必ずご本人が署名してください。

保護者氏名： 新潟 清太郎

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：