

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

※あてはまる項目口に✓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) 運動中に息が切れる、呼吸困難を感じたことがありますか。
(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。
(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。
(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。
(6) 常用している薬はありますか。
(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

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

- 口じん帯損傷・断裂
口骨折
口脱臼
口筋損傷・肉離れ・筋膜炎
口関節痛
口アキレス腱断裂
口腰痛
口その他
(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。

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 10 columns: 父方(父親, 母親, 兄, 姉, 弟, 妹), 母方(祖父, 祖母, 祖父, 祖母). Rows include conditions like 60歳以前に病気で急死, 高血圧, 狭心症, etc.

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。
口貧血
口高血圧
口けいれん発作
口手術
口注射
口薬物アレルギー
口食物アレルギー
口その他

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 ころ

(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 (ない場合は必ず「なし」に✓をしてください)

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 (口生活に支障はない) 薬を飲む

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)

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

無月経の方は最終月経からの期間を記入してください。
「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。

_____/_____/_____
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 (印)

(※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・捺印してください。

保護者氏名： 新潟 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： _____