

内科問診票 1

Q 1. これまでの主な病気についての質問

Q 1-1 : 現在、治療中あるいは検査している病気がありますか？

どちらか該当する方の番号を○で囲んでください。

1 : なし 2 : あり (病名 : _____)

Q 1-2 : これまでの主な病気について質問します。

ある場合は、□を■に塗りつぶしてください。わからない場合は、□内に?印です。

() 歳に、かかった時の年齢を記入してください。わからない場合は、無記入。

1 : 貧血 (血液検査結果による) □ () 歳 2 : 喘息 □ () 歳 3 : 高血圧 □ () 歳

4 : 心臓病 □ () 歳 5 : 心電図異常 () 歳 6 : 川崎病 □ () 歳 7 : 腎炎 □ () 歳

8 : 肝炎 □ () 歳 9 : 胃十二指腸潰瘍 □ () 歳 10 : てんかん □ () 歳

11 : その他 □ () 歳 [病名 _____]

12 : 手術 □ () 歳 [病名 _____]

13 : 輸血 □ () 歳 [病名 _____]

14 : 薬物アレルギー □ [薬品名 _____]

15 : 食物アレルギー □ [食品名 _____]

Q 1-3 : ふだん医療機関からもらって服用あるいは、貼付している薬はありますか？

どちらか該当する方の番号を○で囲んでください。

※ 複数の薬品を使用していて記入できない場合は、別紙に記入のうえ添付してください。

1 : なし 2 : あり (薬品名 : _____)

Q 1-4 : ふだん使用している健康食品、栄養剤 [カルシウムなどのミネラル、プロテインなど]、
ビタミン剤、滋養強壮剤 [ドリンク剤など] などがありますか？

どちらか該当する方の番号を○で囲んでください。

1 : なし 2 : あり (名 : _____)

Q 2. 「ケガ」 「痛み」についての質問

Q 2-1 : これまでに試合に出られない、もしくは練習を2週間以上休むような「ケガ」や「痛み」は
ありましたか？どちらか該当する方の番号を○で囲んでください。

1 : なし 2 : あり → 「あり」の場合は、4 ページの整形外科問診票 1にお答
えください。

Q 2-2 : 現在試合に出られない、もしくは練習に支障がある「ケガ」や「痛み」はありますか？

どちらか該当する方の番号を○で囲んでください。

1 : なし 2 : あり → 「あり」の場合は、5 ページの整形外科問診票 2にお答
えください。

Q 2-3 : これまでに練習中や試合中に脳しんとう (意識を失ったこと) を起こしたことはありますか？

どちらか該当する方の番号を○で囲んでください。

1 : なし 2 : あり → 「あり」の場合、下記 () 内の質問事項に答えてくだ
さい。

(歳 : 意識を失った時間 状況)

内科問診票 2

Q 3. 自覚症状についての質問

以下の自覚症状が「ある」か「ない」かの一つ一つチェックしてください。

「ある」場合は□を■に塗りつぶしてください。「ない」場合は、何も記入しないでください。

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1) 記憶力が低下してきた□ | 2) 練習について行けない□ |
| 3) 予定の練習が行えない□ | 4) 以前は楽にこなせた練習が今はきつい□ |
| 5) 練習意欲がわからない□ | 6) 疲れやすい□ |
| 7) 翌日になっても疲労が回復しない□ | 8) 体がだるい□ |
| 9) 立ちくらみがひどい□ | 10) 風邪をひきやすい□ |
| 11) 体重の変動が大きい□ | 12) 体重が減少している□ |
| 13) 体重が増加している□ | 14) 寝つきが悪い□ |
| 15) 熟睡できない□ | 16) 早く目覚める□ |
| 17) 朝起きるのがつらい□ | |

ドクターに相談したいことがあれば、記入してください。

Q 4. 家族の病気に関する質問

Q 4-1 : 両親兄弟・姉妹に、以下のような病気がありますか、一つ一つチェックしてください。

以下の病気が「ある」場合は、病名の後の□を■に塗りつぶしてください。また、() 内に誰であるかを記入してください。

以下の病気が「ない」場合は、病名の後の□内には何も記入しないでください。

- | | | |
|--------------|------------------------|--------------|
| 1 : 高血圧□ () | 2 : 心臓病□ () | 3 : 脳卒中□ () |
| 4 : 糖尿病□ () | 5 : 痛 風□ () | 6 : 結 核□ () |
| 7 : 肝 炎□ () | 8 : その他□ () (病名_____) | |

Q 4-2 : 両親兄弟・姉妹が以下の病気で死亡していますか、一つ一つチェックしてください。

以下の病気で死亡している場合には、病名の後の□を■に塗りつぶしてください。また、() 内に誰であるかを記入し、死亡年齢も記入してください。

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1 : 突然死□ (、 歳) | 2 : 高血圧□ (、 歳) |
| 3 : 心臓病□ (、 歳) | 4 : 脳卒中□ (、 歳) |
| 5 : 糖尿病□ (、 歳) | 6 : 痛 風□ (、 歳) |
| 7 : 結 核□ (歳) | 8 : 肝 炎□ (、 歳) |
| 9 : その他□ (、 歳) | |

内科問診票 3

Q 5. 「減量」が必要な種目を行う場合についての質問

○ 減量について何か困ったことがありますか？

1 : なし 2 : あり

減量について何かあれば記入してください。

Q 6. 女性の選手におたずねします。

○ 月経に関してなにか困ったことがありますか？

1 : なし 2 : あり

月経に関して何かあれば記入してください。