

## 問診票（ドーピングコントロールに関するアンケート）

スポーツ医・科学委員会健康管理調査研究班

国体選手を対象に、問診票によるメディカルチェックを実施しています。

うっかりドーピングを防ぐために、使用している医薬品名、サプリメント名等に関しては、製品名を正確に記入するようにお願いします。

競技名			種目・階級・ポジション		
氏名			男・女	身長	c m 体重 kg
生年月日	昭和・平成	年	月	日	(年齢 歳)
現住所				電話	
				FAX	
※緊急時連絡先（携帯等）					
所属・学校	( 学年)			電話	
				FAX	
※未成年者は保護者氏名					

Q1 これまでの主な病気についておたずねいたします。

これまでに、下記の病気をしたことがありますか。[ある]場合は番号に○印を付けた上、かかった時の年齢を（ ）に記入してください。

- 1: 貧血 ( 歳)      2: 喘息 ( 歳)      3: 高血圧 ( 歳)  
 4: 心電図の異常 ( 歳)      5: 心臓病 ( 歳)      6: 腎炎 ( 歳)  
 7: 肝炎 ( 歳)      8: 胃・十二指腸潰瘍 ( 歳)      9: てんかん ( 歳)  
 10: その他 ( 歳) [病名 \_\_\_\_\_ ]  
 11: 手術 ( 歳) [病名 \_\_\_\_\_ ]  
 12: 輸血 ( 歳) [病名 \_\_\_\_\_ ]  
 13: 薬物アレルギー ( 歳) [薬品名 \_\_\_\_\_ ]  
 14: 食物アレルギー ( 歳) [食物名 \_\_\_\_\_ ]

Q2 これまでに2週間以上、競技や練習の支障となる外傷（ケガ）や障害の経験がありますか。

体の各部位につき、[ある]場合は番号に○印をつけた上、かかった時の年齢を（ ）に記入して、症状経過を詳しくお書きください。

- 1: 腰 ( 歳)      2: 膝 ( 歳)      3: 足 ( 歳)  
 4: 手 ( 歳)      5: 肘 ( 歳)      6: 肩 ( 歳)  
 7: その他 ( ) [外傷・障害名 \_\_\_\_\_ ]

外傷・障害名 経過
-----------

Q3 家族の病気についておたずねします。

両親兄弟・姉妹に以下の病気がありますか、ありましたら番号に○印をお付けください。

- 1: 突然死    2: 高血圧    3: 心臓病    4: 脳卒中    5: 糖尿病  
 6: 痛風    7: 結核    8: 肝炎  
 9: その他 (病名 \_\_\_\_\_ )

Q4 現在かかっている病気がありますか。

- 1: なし      2: あり (病名 \_\_\_\_\_ )

Q5 現在かかっている外傷（ケガ）・障害がありますか。

- 1: なし      2: あり

外傷・障害名 部位 症状
--------------

Q6 自覚症状についておたずねします。

[ある]場合は番号に○印を付け、下の枠内に具体的にその内容を記入してください。

- 1:胸痛 2:呼吸困難 3:動悸 4:脈の乱れ 5:めまい  
6:失神 7:全身けいれん 8:全身的な倦怠  
9:その他

具体的な内容

Q7 現在のコンディションについておたずねします。

以下の項目のいずれかの番号に○印を付けてください。

- 練習意欲 : 1.旺盛 2.普通 3.なし 4.全くなし  
睡眠 : 1.良好 2.普通 3.不良  
食欲 : 1.旺盛 2.普通 3.低下  
便秘 : 1.良い 2.便秘(1回/日) 3.下痢(回/1日)  
全般的体調 : 1.極めて良い 2.良い 3.普通 4.悪い 5.最悪

コンディションが悪い場合には、思い当たる理由があれば記入してください。

Q8 体重減量についておたずねします。

1: 競技に際して体重減量はありますか。

1. ない 2. ある (減量前体重 kg 目標体重 kg)

2: [ある]場合、スムーズに減量できますか。

1. はい 2. いいえ 具体的減量法 ( )

Q9 女性の選手におたずねします。

1: 初潮はありましたか。

1. なし 2. あり ( 歳 カ月)

2: 以下のいずれかに○印をして下さい。

月経周期 : 1. 規則的 2. 不規則 3. 無月経 ( 年 月以来なし)

月経の出血量 : 1. 多い 2. 普通 3. 少ない

月経の痛み : 1. ほとんど 2. 痛みあるが日常生活には支障なし

3. 日常生活に支障はあるが、薬は使用しない

4. 日常生活に著しく支障あり、薬を使用する (鎮痛剤 )

5. 寝込む

Q10 食事についておたずねします。

1: 食生活に関心がありますか。

1. 大いにあり 2. 普通 3. あまりない

2: コンビニなどを利用してインスタント食品、調理食品を食べますか。

1. 良く食べる 2. 時々食べる 3. あまり食べない

3: 外食、コンビニを利用するときには、主に何を基準に選びますか。

1. 好みの物 2. 金額 3. 栄養のバランス

4: 食事の速度はどうですか。

1. はやい 2. 普通 3. ゆっくり

5: 偏食はしますか。

1. する 2. しない

6：練習前に補食をとっていますか。

1. いる                      2. 時々                      3. いない

7：練習後なるべく早い時期に夕食または補食をとるようにしていますか。

1. している                      2. 時々している                      3. していない

8：食事の時間帯と週あたりの回数を記入してください。

	朝食	昼食	夕食	その他
時間帯	時	時	時	
1週間の食事の回数				

Q11 競技を継続していく上で、心理サポートや相談が必要と感じたことがありますか。

1. ない                      2. ある

[ある]場合は、どのようなサポートが必要なのか記入してください。

Q12 服薬についておたずねします。

1：現在、または3ヶ月以内に医師処方薬の薬剤や薬局で購入した市販薬を使用していますか。

1. はい                      2. いいえ

[はい]に○を記入した方はその医薬品名を正確に記入してください。

病名・症状	時期	医薬品名	投与方法
	現・過		経口・注射・吸入・その他（ ）
	現・過		経口・注射・吸入・その他（ ）
	現・過		経口・注射・吸入・その他（ ）
	現・過		経口・注射・吸入・その他（ ）
	現・過		経口・注射・吸入・その他（ ）

※時期は、現：現在服薬している 過：過去（～3ヶ月前）に服薬していた  
のどちらかに○を記入

※投与方法は経口・注射・吸入・その他のいずれかに○を記入し、その他の場合は詳細を  
（ ）内に記入

※疾病治療のためドーピング禁止物質を使用している場合も記入

2：あなたは薬剤を使用する際にドーピングコントロール禁止薬であるか確認していますか。

1. はい                      2. 時々                      3. いいえ

3：あなたはサプリメントを使用していますか。または、過去に使用したことがありますか。

1. はい                      2. いいえ

4：ふだん使用しているサプリメント（健康食品、栄養剤、ドリンク剤等）がある場合は、  
下記の欄に記入してください。また、JADA 認定商品の場合は○印をつけてください。

時期	商品名（メーカー名含む）	JADA 認定商品（○印）
現・過		
現・過		
現・過		
現・過		
現・過		

※ 時期は、現：現在、服薬している 過：過去（～3ヶ月前）に服薬していた  
のどちらかに○を記入

※ ときどきサプリメントを使用している場合も記入してください。

5：サプリメントを使用する際にドーピング禁止薬を含まないことが保証されている  
JADA 認定商品であるか確認していますか。

1. はい                      2. いいえ