

問 診 票 (ド・ピングコントロールに関わるアンケート)

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。

氏名		男・女	身長	cm	体重	kg
競技名	種目・階級・ポジション					
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	(2019年4月1日時点) 歳
現住所	電話					
	FAX					
	※緊急時連絡先 携帯電話等					
所属・学校	電話					
	FAX					
	※未成年の場合 保護者氏名					

Q1 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○を付け、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・練習の死傷となる外傷(ケガ)や障害の経験がありますか。
 体の各部位で、〔ある〕場合は番号に○を付け、かかった時の年齢を()に記入してください。

- 1: 腰 (歳) 2: 膝 (歳) 3: 足 (歳)
 4: 手 (歳) 5: 肘 (歳) 6: 肩 (歳)
 7: その他 (部位: _____) 【外傷・障害名: _____】

外傷・障害名 経過

Q3 家族(両親・兄弟姉妹)に以下の病気がありますか。〔ある〕場合は番号に○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はありますか。

- 1: なし 2: あり 【病名: _____】

Q5 現在かかっている外傷(ケガ)・障害はありますか。

- 1: なし 2: あり 【外傷・障害名: _____】
 【部位・症状: _____】

Q6 自覚症状はありますか。〔ある〕場合は番号に○印を付け、下の枠内に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 コンディションについておたずねします。以下の項目番号に○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

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 し 2: あ り【 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 ヶ月 】

2: 以下のいずれかに○印を付けてください。

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 ぼ な し 2, 痛 み は あ る が 日 常 生 活 に 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 支 障 が 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, あ り 2, 普 通 3, な し

2: コンビニ等を利用してインスタ食品・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際は主に何を基準に選びますか。

1, 好 み の 物 2, 金 額 3, 栄 養 バ ラ ン ス

4: 食事の速度はどうですか。

1, は や い 2, 普 通 3, お そ い

5: 偏食はしますか。

1, す る 2, し な い

6: 練習前に捕食をとっていますか。

1, と っ て い る 2, 時 々 3, と っ て い な い

7: 練習後なるべく早い時期に夕食・捕食をとるようにしていますか。

1, し て い る 2, 時 々 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週間の食事回数	回	回	回	

Q11 競技を継続する上で、心理サポートや相談が必要と感じたことはありますか。

1: な し 2: あ り【サポートの具体例: 】

Q12 服用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 ※下表にも記入 2, いい え

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()

※時期は、現: 現在服用中 過: 過去(3ヶ月以内)に服用していた どちらかに○

2: 薬剤を使用する際、ドーピング禁止薬であるか確認していますか。

1, は い 2, いい え

3: サプリメントを使用していますか。または、過去の使用していましたか。

1, は い 2, いい え

4: 普段使用しているサプリメント(健康食品、栄養ドリンク等含む)があれば、下表に記入してください。

商品名(メーカー名含む)	JADA認定商品(○印)

5: サプリメントを使用する際、JADA認定商品であることを確認していますか。

1, は い 2, いい え

★以上になります。ご協力ありがとうございました。