

令和 8 年度 国スポ強化候補選手の健康管理に関する問診票

競技種目：

選手氏名：

生年月日： 年 月 日 問診日：令和 年 月 日

年齢 歳 性別（男・女）

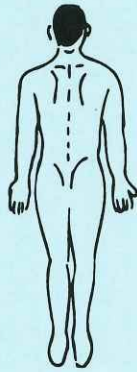
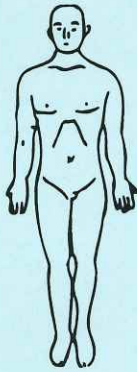
身長（ ）cm 体重（ ）kg 起床時脈拍（ ）回／分

起床時体温（ ）℃

〈整形外科的疾患〉

Q 1 これまでに練習や競技に支障となる「痛み」や「ケガ」がありましたか はい・いいえ

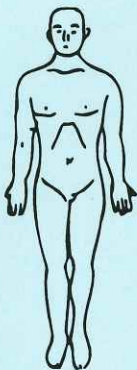
Q 2 ある場合は痛んだ部位に×印をつけてください。



[]

Q 3 現在も、その「痛み」や「ケガ」で競技に支障がありますか。 はい・いいえ

Q 4 ある場合には該当する部位に×印をつけてください。



[]

〈貧血〉

Q 5 意識がなくなったり、目の前が真っ暗になったり、たちくらみしたことがありますか。 はい・いいえ

Q 6 貧血と診断されたことがありますか。 はい・いいえ
はいと答えた方は、（ ）年前で、現在、治療を受けて（いる・いない）。

〈循環器〉

- Q 7 川崎病あるいはリュウマチ熱にかかったことがありますか。 はい・いいえ
- Q 8 過去に心臓病と診断されたことはありますか。 はい・いいえ
はいと答えた方は () 病院で (心筋梗塞、狭心症、冠不全、
僧帽弁逸脱症、WPW症候群、不整脈、その他
() と診断された。
それはいつごろですか。() 歳ごろ
- Q 9 血圧が高いと言われたことがありますか。 はい・いいえ
はいと答えた方は、() 年前から言われている。
一番高かった血圧は () mmHgで、現在、血圧の薬を飲んで (いる・いない)。
- Q 10 今までに動悸がしたり胸が苦しかったことがありますか。 はい・いいえ
はいと答えた方は、症状を具体的に書いてください。
()
初めての発作は (年 月 日) 頃で、今までに
() 回生じた。
発作は、(労作時、安静時、睡眠中) に生じ、(時間 分 秒) 続いた。

〈頭部〉

- Q 11 今までに、頭部を打撲して意識がなくなったり、手足が麻痺したことは
ありますか。 はい・いいえ

〈既往症〉

- Q 12 これまで何か病気をしたことがありましたか。 はい・いいえ
- Q 13 ある場合は該当するものに○印をつけてください。
心筋梗塞 脳卒中 高血圧症 糖尿病 高脂血症 痛風 癌 結核
肝炎 胃十二指腸潰瘍 喘息 アレルギー性鼻炎 腎炎 てんかん
近視 むし歯
その他 ()
- Q 14 今までに手術をうけたことがありますか。 はい・いいえ
病名 ()
- Q 15 アレルギーはありますか。 はい・いいえ
薬物アレルギー (薬品名)
食物 " (食品名)
その他 " ()

〈家族歴〉

- Q 16 両親、兄弟、姉妹に何か病気がありますか。 はい・いいえ
- Q 17 ある場合は該当するものに○印をつけてください。
心筋梗塞 脳卒中 高血圧症 糖尿病 高脂血症 痛風 癌 結核
肝炎
その他 (病名)

Q18 血縁の方（祖父母・両親・おじ・おば・兄弟など）に、突然死あるいは原因不明で死亡された方がおられますか。 はい・いいえ

〈個々の生活特性〉

Q19-1 常用している薬（市販薬、病院・医院からの処方薬）がありますか。 はい・いいえ
あれば正確な薬品名と目的を記入してください。

薬品名（ ）

目的（ ）

（時として、あらかじめ事前申告が必要な場合があります。）

Q19-2 常用しているサプリメントなどがありますか。 はい・いいえ
あれば正確な製品名を記入してください。

製品名（ ）

Q20 タバコは吸いますか。 はい・いいえ
喫煙する方は1日何本ですか。（ ）本

Q21 お酒は飲みますか。 はい・いいえ
1日に ビール 本、酒 合、ウイスキー 杯

Q22 食欲はありますか。 いいえ・はい

Q23 最近、体重は減りましたか。 はい・いいえ

Q24 睡眠はよくとれますか。 いいえ・はい

Q25 便通は何日に1回ありますか。 （ ）日に1回、または1日（ ）回

Q26 排尿は1日だいたい何回ですか。 （ ）回

Q27 食事時間が不規則になることが多いですか。 はい・いいえ
食事のバランスに気をつけていますか。 いいえ・はい

好き、嫌いが多いですか。 はい・いいえ

野菜は毎食とるようにしていますか。 いいえ・はい

牛乳、乳製品、小魚などカルシウムの多いものを毎回とるようにしていますか。 いいえ・はい

レバー、海藻類、ほうれんそうなど、鉄分の多いものを毎回とるようにしていますか。 いいえ・はい

〈コンディション〉

Q28 現在、体調はいかがですか。 悪い・よい

Q29 現在・競技に対する不安はありますか。 はい・いいえ

〈女子選手について〉

Q30 生理は順調ですか。 いいえ・はい

Q31 生理痛により、日常生活に支障をきたすことがありますか。 はい・いいえ

Q32 生理痛により、痛み止めを飲んだりしていますか。 はい・いいえ

Q33 重要な試合に合わせて、生理をずらせるか相談したいですか。 はい・いいえ

〈練習〉

- Q34 練習は1日何時間で週何回しますか。 (1日 時間) (週 日)
- Q35 競技に際して減量はありますか。 はい・いいえ
- Q36 はいと答えた方は、減量はスムーズにできますか。 いいえ・はい
減量の方法 ()

〈その他〉

- Q37 今までの質問以外で健康上、気になることがあれば記入してください。

[]

(これより以下の項目はスポーツドクターが記入します)

- (1) 問診の結果より () に問題がありそうです。
- (2) Physical Findings
- | | | | | | |
|-------|-----|------|-----|-------|-------|
| 1) 血圧 | / | mmHg | 不整脈 | (① あり | ② なし) |
| 2) 眼 | | | 貧血 | (① あり | ② なし) |
| 3) 頸部 | 甲状腺 | | 腫脹 | (① あり | ② なし) |
| 4) 心臓 | | | 心音 | (① 異常 | ② 正常) |
| 5) 肺 | | | 呼吸音 | (① 異常 | ② 正常) |
- (3) スポーツを続けるにあたって問題と思われる所見を日本語で記録してください。

[]

- (4) 判定 (問診結果、診察結果より判断していずれか○印)
- 1) 問題がないと思われる
- 2) スポーツを行う際に注意が必要である (要指導)
()
- 3) 精密検査が必要である
- 4) 治療が必要である
- 5) その他 ()

ドクターサイン _____

この事業は公益財団法人日本スポーツ協会が主催しています。

スポーツくじ



スポーツ振興くじ助成事業