

この問診は、競技者各個人の安全のために行なうものです。正確に記入して下さい。記入の方法は、以下の項目について該当箇所を○で囲み、( )には説明を加えて記入して下さい。

問 診 氏名 【 】

生年月日（西暦）： 年 月 日 血液型（A.B.AB.O）型 R H (+.-)

Q 1 次のような病気及び症状がありますか？ いいえ  
はい 高血圧症・狭心症・心筋症・弁膜症・不整脈・糖尿病・肝臓病・腎臓病・痛風・甲状腺疾患・胃十二指腸潰瘍・てんかん・その他 ( )

Q 2 急に動悸がしたり、目の前が暗くなって意識が遠くなりそうになったことはありますか？  
いいえ・はい（病名 )

Q 3 今までに検診（学校検診）を受けて、異常を指摘された事がありますか？  
いいえ・はい（内容 )

Q 3 今まで何かアレルギーはありましたか？  
薬物アレルギー いいえ・はい（薬品名 )  
食物アレルギー いいえ・はい（食品名 )  
昆虫・植物・動物 いいえ・はい（内容 )

Q 4 医師から喘息(ぜんそく)があると言われたことがありますか？  
いいえ・はい ※喘息の治療を受けたことがありますか？  
いいえ・はい（薬品名 )・分からない

Q 5 常用している薬がありますか？ いいえ・はい（薬品名 )

Q 6 今までに脳震盪（のうしんとう）になった事がありますか？ いいえ・はい( 回あり)

Q 7 現在使用中の薬がありますか？  
いいえ・はい（使用している薬を記載してください：目薬、貼り薬等も含む）  
（例：メプチンエアー 発作になった時 月に1回くらい）  
( )  
( )

Q 9 現在サプリメントを使っていますか？ いいえ ・ はい  
（例：プロテイン 商品名 会社名）  
( )

Q10 視力はどのくらいですか？ またコンタクトや眼鏡を使用していますか？

裸眼 右 ( ) 左 ( )

コンタクトまたは眼鏡使用時 右 ( ) 左 ( )

・コンタクトや眼鏡を使用しているか？（複数回答可）

- ① 使用していない
- ② コンタクトを使用している(サッカープレー中も使用している)
- ③ コンタクトを使用している(サッカープレー中は使用していない)
- ④ 眼鏡を使用している

Q11 睡眠時間は何時間取れていますか？（曜日によって違う場合複数回答可）

( ) ( ) ( )

Q12 今までに（サッカー以外でも）けがや故障で2週間以上休むことはありましたか？

またどのようなことで休んだか記載してください。

(例 8才 内容：右足関節捻挫（骨折）)

(例 10才 内容：オスグット病 )