

# 競 技 選 手 問 診 票

測定日	年 月 日	登録番号 (ID)	—
フリガナ 氏 名		性別	男 ・ 女
種目名		階級 ポジション	

※6ページ以降は記入しないでください。

公益財団法人 群馬県スポーツ協会



Q1. 御家族の病気の有無についてお聞きします。 (1) (2)

Q1-1: 両親、兄弟・姉妹に何か病気がありますか? はい いいえ

ある場合はそれぞれの人について全て記入して下さい。

誰が(病名)

(病名の例: 突然死、心臓病、脳卒中、糖尿病、高血圧、痛風、  
肝炎、結核、その他)

Q1-2: 両親、兄弟・姉妹のうち亡くなった方がありますか? はい いいえ

ある場合はその方の死亡時の病名と年齢を記入して下さい。

誰が(病名・年齢)

Q2. 過去の病気やけがの有無についてお聞きします。 (1) (2)

Q 2-1: これまでに

1) 入院したことがありますか? はい いいえ

ある場合はその病名と年齢を記入して下さい。

病名 年齢 歳

2) 通院したことがありますか? はい いいえ

ある場合はその病名と通院期間を記入して下さい。

病名 通院期間 ヶ月

3) 健康診断で異常を指摘されたことがありますか? はい いいえ

ある場合はその異常内容と年齢を記入して下さい。

異常内容 年齢 歳

(病名例: 貧血、ぜんそく、高血圧、心臓病、心雑音、川崎病、  
腎臓病、たんぱく尿、肝炎、胃・十二指腸かいよう、  
てんかん、薬のアレルギー、食物のアレルギーなど)

Q3. 現在の病気についてお聞きします。 (1) (2)

Q 3-1: 現在、治療していたり、定期的に検査を受けている病気がありますか? はい いいえ

ある場合はその病名を記入して下さい。

病名

Q 3-2: 現在、服用している薬がありますか? はい いいえ

ある場合はそれは1、売薬 2、病院の薬

又、種類がわかれば(血圧、心臓、胃の薬等)記入して下さい。

薬の種類

Q 3-3: ふだん使用している健康食品、栄養剤、滋養強壮剤などがありますか? はい いいえ

ある場合はその商品名を記入して下さい。

商品名

Q4. 自覚症状についてお聞きします。

(1) (2)

Q4-1: 以下の症状についてお答え下さい。

- |                                       |       |    |     |
|---------------------------------------|-------|----|-----|
| 1) 瞬間的に胸がつまるように感じる事ができる。              | ----- | はい | いいえ |
| 2) いつもより運動時に動悸を激しく感じる事ができる。           | ----- | はい | いいえ |
| 3) いつもより運動時に呼吸が困難を感じる事ができる。           | ----- | はい | いいえ |
| 4) 気が遠くなるようなめまいを感じる事ができる。             | ----- | はい | いいえ |
| 5) 労作時や運動時に胸が痛んだり、しめつけられるように感じた事ができる。 | ----- | はい | いいえ |
| 6) 夜寝てから胸が痛みしめつけられるような感じがした事ができる。     | ----- | はい | いいえ |
| 7) 脈が急に速くなったり、乱れたり、動悸を感じる事ができる。       | ----- | はい | いいえ |
| 8) 寝ているとひどく息苦しく、起きて息をつく事ができる。         | ----- | はい | いいえ |
| 9) 顔や手足がむくむ事ができる。                     | ----- | はい | いいえ |
| 10) 血圧が低いといわれた事ができる。                  | ----- | はい | いいえ |
| 11) 血圧が高いといわれた事ができる。                  | ----- | はい | いいえ |
| 12) のどがよくかわき、よく水をのむ。                  | ----- | はい | いいえ |
| 13) 最近急に体重が減少した。                      | ----- | はい | いいえ |
| 14) 少しのことで疲れを覚える。                     | ----- | はい | いいえ |
| 15) 首・わきの下・足の付け根などにグリグリしたものがある。       | ----- | はい | いいえ |
| 16) 微熱がつづいたり、時々発熱する事ができる。             | ----- | はい | いいえ |
| 17) 最近急に食べられなくなった。                    | ----- | はい | いいえ |
| 18) 眠気がしたり、おなかが痛い事ができる。               | ----- | はい | いいえ |
| 19) 近頃便秘しがちである。                       | ----- | はい | いいえ |
| 20) 近頃下痢しがちである。                       | ----- | はい | いいえ |
| 21) 便が黒かったり、血液が混じったりした事ができる。          | ----- | はい | いいえ |
| 22) ぜいぜいいたり、息苦しくあえぐ事ができる。             | ----- | はい | いいえ |
| 23) せきやタンが多い。                         | ----- | はい | いいえ |
| 24) たびたびひどい頭痛がする。                     | ----- | はい | いいえ |
| 25) 失神したり、意識がもうろうとすることがある。            | ----- | はい | いいえ |
| 26) 近頃尿の色が変わったり尿をする時に違和感がある。          | ----- | はい | いいえ |
| 27) すぐ顔が熱くなる。                         | ----- | はい | いいえ |
| 28) 最近、汗をかきやすい。                       | ----- | はい | いいえ |
| 29) 腰や手足が冷える。                         | ----- | はい | いいえ |
| 30) 手足がしびれる。                          | ----- | はい | いいえ |
| 31) 手足の感覚がにぶい。                        | ----- | はい | いいえ |
| 32) 夜、なかなか寝つかれない。                     | ----- | はい | いいえ |
| 33) 夜、眠っていてもすぐ目をさましやすい。               | ----- | はい | いいえ |
| 34) 以前にくらべ、興奮しやすい。                    | ----- | はい | いいえ |
| 35) 神経質である。                           | ----- | はい | いいえ |
| 36) つまらないことにくよくよする。                   | ----- | はい | いいえ |
| 37) 最近、ゆうつになることが多い。                   | ----- | はい | いいえ |
| 38) めまいやはきげがある。                       | ----- | はい | いいえ |
| 39) 疲れやすくなった。                         | ----- | はい | いいえ |
| 40) 皮膚をアリがはうような感じがする。                 | ----- | はい | いいえ |
| 41) その他ありましたらその内容と、それがどんな時に起こるかを記入して  |       |    |     |

下さい。

内容・どんな時

Q5. 現在のコンディションについてお聞きします。

Q5-1:現在のコンディションは

1)以前と比べてどうですか。(1 同じ 2 良い 3 悪い)

2)良いか悪いを選んだ人はその内容や理由を記して下さい。

内容・理由

Q6. 体重減量についてお聞きします。

(1) (2)

Q6-1:競技に際しての体重減量がありますか?

はい いいえ

Q6-2:ある場合はスムーズに減少できますか?

はい いいえ

その減量方法を記入して下さい。

減量方法

Q 7. 嗜好についてお聞きします。

(1) (2)

Q7-1:お酒を飲みますか?

はい いいえ

飲む場合はその頻度、お酒の種類、1日平均の量を記入して下さい。

頻度・種類・量

Q7-2:喫煙をしますか?

はい いいえ

する場合は1日平均本数と喫煙年数を記入して下さい。

(1日 本× 年間)

女性のみ質問にお答えください。

- Q8. 女性の選手にお聞きします。 (1) (2)
- Q8-1: 乳房に何かしこりのようなものが触れますか? はい いいえ
- Q8-2: 初めての生理はありましたか? はい いいえ
- それはいつ頃か記入して下さい。

( 歳 ヶ月 または 小学・中学 年 月 )

Q8-3: 最近の生理についてお聞きします。該当する項目に丸をつけて下さい。

- 1 順調に(約一ヶ月に一度くらいの割合で)ある。
- 2 不順で次にくる生理がいつだか予想がつかない。  
それは、1 回数が多い。2 回数が少ない。3 どちらもある。
- 3 最近生理が無い。それは( 年 ヶ月)前から

Q8-4: 生理の出血量についてお尋ねします。

- 1 普通。(家族や友人の話から、皆と同じくらいである)
- 2 少ない。(皆と比べて量、期間とも少ないようだ)
- 3 多い。(レバー様のかたまりが多くです)

Q8-5: 生理痛についてお尋ねします。

1. ほとんど無い。
- 2 痛みはあるが日常生活には支障ない。
- 3 日常生活には支障あるが、痛み止めの薬は使用しない。
- 4 日常生活に支障があり、痛み止めを使用する。
- 5 生理中はよく寝込む。

Q8-6: 前の生理はいつでしたか。

( 年 月 日頃 )

Q8-7: 最後に過去の生理についてお尋ねします。

- 1 順調に(約一ヶ月に一度くらい)あった。
- 2 不順で次にくる生理がいつだか予想がつかなかった。  
それは、1 回数が多かった。2 回数が少なかった。3 どちらもあった。
- 3 生理が無い期間があった。また、それは何歳ごろで期間はどのくらいでしたか?  
( 歳ごろで 年 ヶ月くらいあった。 )

A. 整形外科的問診 (本人記入)

1: 運動歴

下記 (A)・(B)・(C) は番号で、(D) はアルファベットか数字か記号を記入してください。  
 なお、複数種目を実施していた場合は、主な2種目までを記入してください。

	(A) 種目	(B) 期間	(C) 運動量	(D) レベル
現在	(1)			
	(2)			
学生時代以降	(1)			
	(2)			
大学	(1)			
	(2)			
高校	(1)			
	(2)			
中学校	(1)			
	(2)			
小学生	(1)			
	(2)			

(A) スポーツ種目

番号	種目名
1	スケート
2	アイスホッケー
3	スキー
4	水泳
5	漕艇
6	ヨット
7	カヌー
8	ボウリング
9	陸上競技
10	サッカー
11	テニス
12	ホッケー
13	アマチュアボクシング
14	バレーボール
15	体操
16	バスケットボール
17	アマチュアレスリング
18	ウエイトリフティング
19	ハンドボール
20	自転車競技
21	ソフトテニス
22	卓球
23	野球
24	相撲
25	馬術
26	フェンシング
27	柔道
28	ソフトボール
29	バドミントン
30	弓道
31	ライフル射撃
32	剣道
33	ラグビーフットボール
34	山岳
35	アーチェリー
36	空手道
37	銃剣道
38	クレール射撃
39	なぎなた
40	ゴルフ
41	軽スポーツ
42	運動をしていない

(B) 期間

番号	期間
6	10年以上
5	8年～9年
4	6年～7年
3	4年～5年
2	2年～3年
1	1年以内
0	ほとんどしてない

(C) 運動回数・量

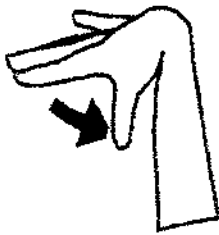
番号	内容
6	毎日練習・競技に専念
5	ほぼ毎日行う
4	週5～6回行う
3	週に3～4回行う
2	週に1～2回行う
1	趣味程度で月に2～3回行う
0	練習や競技会にほとんど参加しない

(D) レベル

大会クラス	優勝	ベスト8以内	出場
国際大会	A	B	C
全国大会 (国体・インターハイ)	10	9	8
関東大会	7	6	5
その他 (県・郡・市大会)	4	3	2
健康・体力づくり	1	1	1
運動をしていない	0		

## 2 : 関節動揺性

1)



拇指を押して、  
前腕につく

右	左
- (0)・+(1)	- (0)・+(1)

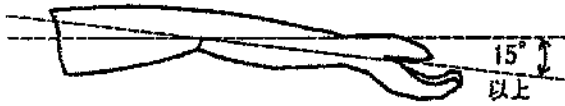
2)



指を押して、前腕  
背側と平行になる

右	左
- (0)・+(1)	- (0)・+(1)

3) 肘の15°以上の過伸展



右	左
- (0)・+(1)	- (0)・+(1)

4)



背中で両手が握れる  
左右は上の方の手と  
する

右	左
- (0)・+(1)	- (0)・+(1)

5)

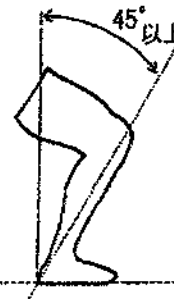


手掌全体が床につく

指先が床につく
- 1

- (0)・+(1)
------------

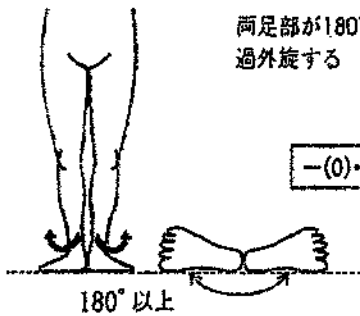
6)



しゃがみこみで、  
足関節が45°以上  
背屈する

右	左
- (0)・+(1)	- (0)・+(1)

7)



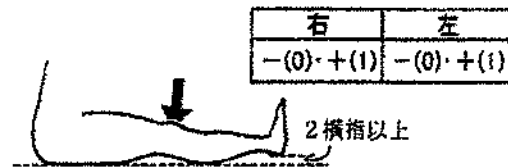
両足部が180°以上  
過外旋する

- (0)・+(1)
------------

180°以上

8)

仰臥位(長座位で)膝を上から押し、  
踵が2横指以上床から離れる。



右	左
- (0)・+(1)	- (0)・+(1)

2横指以上

合計 右( )/8 左( )/8

\*5)、7)は両方にカウントする

## 3 : タイトネス

1) SLR(伸展下肢挙上)

仰臥位で下肢伸展の  
まま、足首を持って  
挙上する。



角度を計測

(右 °)  
(左 °)

2) 尻がりテスト

腹臥位で踵が臀部につく  
ように、足首を押して膝  
を曲げる。  
股関節部が床から浮か  
ないように注意。



間隔を計測

(右 cm)  
(左 cm)



B. 整形外科的メディカルチェック（ドクター記入）

1:問 診

ランク基準表を参考に既往の傷害・障害を聞き、内容を記入してください。  
医師はこれをもとに、ランクの欄に○印をつけてください。

	日 時	診 断 名	治 療 期 間	障 害 ・ 治 療 の 内 容	ラ ン ク
1					1・2・3・4・5・6
2					1・2・3・4・5・6
3					1・2・3・4・5・6
4					1・2・3・4・5・6
5					1・2・3・4・5・6
6					1・2・3・4・5・6
7					1・2・3・4・5・6
8					1・2・3・4・5・6

外 傷 ・ 障 害 の ラ ン ク 基 準

ラ ン ク	程 度	参 考 疾 患	治 療 の 程 度	全 治 週 数 参 考 値	ス ポ ー ツ 継 続 の 状 況 か ら	備 考
1	特別なものはなし					
2	軽度の外傷	捻挫・打撲等	湿布・テーピング程度	1週	部位により数日程度休養	病院受診は1度か、しない
3	軽度の障害	腱鞘炎・腰痛・膝痛・オスグット等	自己管理中心	2週	練習・試合は我慢すれば可能・時に休養	時々受診
4	軽度の骨傷・障害	ひび・不全骨折・末梢神経麻痺・ヘルニア・分離症等	取り外し可能な固定3週程度	4週	部位によるが、1～3週休養	病院は外来中心
5	中等度外傷・障害	骨折・脱臼・腱断裂・半月板・靭帯損傷・ヘルニア等	しっかりした固定または手術	6週	継続不能、治療・入院等のため1ヶ月程度休養	入院必要
6	重度の外傷	関節機能不全 脊椎・神経の傷害	大手術/数度の手術	12週	継続不能、1ヶ月をこえる休養	後遺症を残す可能性あり

## 2: 身体所見

参考写真に従い、以下の5項目に注意してROMテストを行ってください。  
 結果は、ランク基準に従って左右差や正常値と比較して0, 1, 2の数字に○をつけてください。  
 なお、左右あるものはそれぞれについて評価する。

ランク基準		
異常なし 0	障害あり 1	著明障害 2

項目	1	2	3	4	5	合計
関節	角度制限	運動時痛 負荷時痛	あつれき音 クリック ひっかかり	靭帯損傷を疑わ せる動揺性	関節周囲筋 萎縮 緊張低下	
肩関節	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	
肘関節	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	
指関節	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	
股関節	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	
膝関節	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	
足関節	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	0・1・2	
頰椎	0・1・2	0・1・2	0・1・2	-----	0・1・2	
腰椎	0・1・2	0・1・2	0・1・2	-----	0・1・2	
項目合計						

合計の欄は記入しないでください。

## 3 その他の特徴的身体所見

右の項目について、\*ランク基準に従って、0・1・2の数字に○をつけてください。

内反肘・外反肘	0・1・2
○脚・X脚	0・1・2
扁平足・足部の異常	0・1・2
側弯	0・1・2
肩甲骨位置異常	0・1・2
合計	

ドクターコメント

---



---



---



---

(担当ドクター名: \_\_\_\_\_)