



- (1) 申込書(本紙)  
 (2) 血液検査結果  
 (3) 問診票

## スポーツ栄養サポート | 血液検査「解析レポート」申込書

記入日: 年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日 年 月 日
住所	〒	
所属団体・チーム名		
TEL		
携帯電話番号		
メールアドレス		
ふりがな 保護者氏名(続柄)  保護者住所 保護者電話番号		
栄養解析レポート及び サプリメント購入に関して の情報提供について	<p>①ご記入いただいた情報は栄養解析時、栄養解析レポート送付時及びサプリメント購入時に利用させていただきます。 つきましては、下記医療機関及び会社に情報を提供させていただきます。 医療法人社団 友徳発心会、ひめのともみクリニック、有限会社オフィスひめの、株式会社 MSS</p> <p>②この問診票及び血液検査結果による解析によって、16,560円(税込)(2回目以降13,320円(税込))の料金が発生します。</p> <p>上記①、②に <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません ※同意しませんでした場合、この問診票による解析を行うことはできません。</p>	

「血液検査結果」と本紙[申込書]を下記宛先までご郵送ください。

「解析レポート」は[納品書(兼)請求書]とともに医療法人社団 友徳発心会 ひめのともみクリニックより直接発送いたします。

※代引きのみのご郵送となります

[スポーツ栄養サポート事務局]

株式会社メディカルエンタープライズ (担当: 品川)

〒422-8041 静岡県静岡市駿河区中田1丁目8番10号マルゲンビル2F

TEL: 054-281-1611 FAX: 054-281-1812 mail: c.shinagawa@medical-enterprise.com



# 【問診票】 スポーツ栄養サポート

記入日: 年 月 日

フリガナ			
氏名:	性別 男 ・ 女	年齢:	才
生年月日 年 月 日	身長 cm	体重:	kg
競技:	ポジション:		
練習頻度:	練習時間(1回何時間・1日何回)		
練習場所:	練習歴: 年		

- 検査前8時間以上絶食《必須》
 

した	していない
していない場合( )時間前・摂取物( )	
- 女性のみ
 

最近の整理開始( )週間前	閉経後の場合:閉経した年齢( )歳
妊娠中の場合( )週目	授乳中( はい ・ いいえ )
出産した回数( )回	出産時期( )

【改善したい病気や症状】 改善したい症状や病気があれば簡単にお書きください。

病状／病名:	病状／病名:
発症時期(年齢): 才	発症時期(年齢): 才
状況(治療方法・現在の状態)	状況(治療方法・現在の状態)

【既往歴(ご本人)】

症状／病名:	症状／病名:
時期(年齢):	時期(年齢):
手術の有無: あり ・ なし	手術の有無: あり ・ なし
治療内容: (「あり」の場合)	治療内容: (「あり」の場合)

【既往歴(ご家族)】 ○をしてください。( )に続柄をご記入ください。

脳卒中: いない ・ いる( )	痛風: いない ・ いる( )
高血圧: いない ・ いる( )	肝臓病: いない ・ いる( )
心疾患: いない ・ いる( )	癌: いない ・ いる( )
糖尿病: いない ・ いる( )	精神疾患: いない ・ いる( )
その他: (疾患名)	(続柄)

【アレルギー】 ○をしてください。( )に詳細をご記入ください。

薬品アレルギー: なし ・ ある( )
食物・その他アレルギー: なし ・ ある( )

【感染症の有無】 ○をしてください

1 HIV	なし	ある	わからない
2 B型肝炎	なし	ある	わからない
3 C型肝炎	なし	ある	わからない
4 その他	なし	ある(疾患名: )	



**【生活習慣】**

**【飲食】**

1	食事量・頻度	正しく	普通	偏る	ひどく偏る
2	間食(甘物・菓子・清涼飲料)全般	摂らない	時々	摂る	多い
3	食欲	ある	普通	ない	
4	1日の食事の回数	3回	2回	1回	不規則
5	1日の食事にかかる時間	長い	普通	短い	不規則
6	1日の食事量	適量	満腹気味	不足気味	
7	朝食	摂る	摂らない	不規則	
8	夕食から就寝までの時間	0時間	・1時間	・2時間	・3時間
9	夕食	しない	する		
12	甘いもの・お菓子	摂らない	普通	よく摂る	
13	糖質類(ご飯、麺、パンetc)	摂らない	普通	よく摂る	
14	ファーストフード	摂らない	普通	よく摂る	
15	標準体重の維持	している	していない		

**【睡眠】**

1	寝付き	良い	普通	悪い	ひどく悪い
2	目覚め	良い	普通	悪い	
3	夜中に起きる	起きない	時々起きる	よく起きる	
4	平均睡眠時間	( )	時間/日		
5	就寝時間	規則的	不規則		

**【運動】**

している      していない  
 運動名( )  
 頻度 ( )

**【喫煙】**

吸わない      吸う  
 本数( )本/日

**【飲酒】 ※必須**

飲まない      飲ん飲む      多い  
 ビール( )ml ( )回/週以上      日本酒( )ml ( )回/週以上  
 焼酎 ( )ml ( )回/週以上      ワイン( )ml ( )回/週以上  
 その他( )

**【常用薬】 ※必須**

ない      ある  
 薬品名

**【糖質摂取管理】**

1	砂糖について(砂糖入り菓子・スナック菓子・ジュース・100%野菜ジュース等)	毎日食べる	週に5~6回食べる	週に3~4回食べる	週に1~2回食べる	全く食べない
2	精製された製品(白米・煎餅・白い小麦粉でできたうどんやラーメン、パン等)	毎日食べる	週に5~6回食べる	週に3~4回食べる	週に1~2回食べる	全く食べない
3	食事の他に捕食を摂っていますか?	はい	いいえ			
		[種類: ]				

**【その他】**

1	意識的に健康管理している	はい	いいえ
2	子供の頃肥満だった	はい	いいえ
3	その他の生活習慣	( )	( )

【自覚症状】※印は必須

1	立ちくらみ、めまいがある	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
2	頭痛、頭重(偏頭痛)がある	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
3	顔色が悪い		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
4	目がよく疲れたり痛む		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
5	歯肉の出血がある		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
6	口内炎ができる	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
7	のどの不快感がある	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
8	くしゃみ、鼻水、目が痒くなる		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
9	口の中に乾燥感がある		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
10	咳や痰がでる		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
11	不整脈・動悸・息切れがある	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
12	体を動かすと胸が痛む		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
13	胸やけや吐き気(嘔吐・嘔気)がある		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
14	下痢をしやすい		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
15	食物がのどや胃にもたれる	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
16	便秘する	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
17	尿の回数が増えた		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
18	手足がしびれる、手足の感覚が鈍い	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
19	手足が冷える、しもやけになる	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
20	起床時、手指がこわばる		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
21	しっしんがでる	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
22	爪が割れる、はがれる	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
23	皮膚にかゆみ・じんましんがある		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
24	アトピー性皮膚炎		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
25	フケが多い		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
26	洗髪時に髪が抜ける		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
27	爪に白い斑点がある		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
28	疲れる・よく風邪をひく	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
29	体にアザができる	※	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
30	寒さに敏感だ。クーラーが苦手である		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
31	腰痛、関節痛、筋肉痛がある		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
32	微熱がでる(発熱)		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
33	汗かき、顔が熱くなる(ほてる)		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
34	急に体重が減った		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
35	急に体重が増えた		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
36	顔や手足、目脛がむくむ		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
37	つまらない事にくよくよしたり憂鬱・不安に※		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
38	毎日の気分は？		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
39	イライラしたり、怒りっぽくなる		いいえ	時々	ひどい	特にひどい
40	ストレスが多い		いいえ	時々	ひどい	特にひどい