

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

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： 平成 年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日
住所		
所属団体・チーム名		
競技名		
ポジション		
TEL		
携帯電話番号		
メールアドレス		
ふりがな 緊急連絡先氏名 (続柄) 緊急連絡先電話番号		
栄養解析 レポート 及びサブ リメント 購入に関 しての情 報提供に ついて	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 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 style="text-align: center;"> 上記①、②に <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない </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。

「問診票」入力は右記URLからお願いいたします。 <http://himeno.support>

「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

作成日 年 月 日

【ID】 No.

ふりがな お名前	性別 男・女	年齢 歳
生年月日 年 月 日	身長 cm	体重 kg
住所		
電話番号	メール	
所属団体・チーム		
競技	ポジション	
練習頻度	練習時間	
練習場所	練習歴	住居（自宅・寮）

・検査前8時間以上絶食《必須》 した していない

1時間前 摂取物 味噌汁

・女性のみ

最近の生理開始

閉経後の場合

妊娠中の場合

授乳中

出産した回数

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

【既往歴(ご本人)】

病状/病名

時期

手術の有無

治療内容

【既往歴(ご家族)】

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

【アレルギー】

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】

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 わからない

【スポーツ栄養について】

1. スポーツ栄養に期待すること (複数選択可)

- 競技のパフォーマンスを上げたい
- 体重を増やしたい
- ケガをしない体になりたい
- 体重を減らしたい
- 持久力を付けたい
- 適切な栄養補給の仕方を知りたい
- メンタルを強化したい

2. 下記のような症状がありますか？ (複数選択可)

- 次の練習まで疲れを持ち越す
- 食事が入らない
- 本番になるとパフォーマンスが低下する
- 気分が落ち込む
- スランプが続いている
- 食事が不規則である
- チームメイトとの人間関係がうまくいかない
- 集中力が持続しない
- ケガや故障がある
- 筋肉がつきにくい
- その他

3. 栄養管理に関して、すでに何かされていることはありますか？

4. 現在、栄養の摂り方で心がけていることはありますか？

5. 近々出場予定の大会はありますか？

6. 現在、摂取中のサプリメントはありますか？

- ない ある

7. 今後毎月の、当Dr'sサプリメントにかけることができる予算(1人当たり、プロテインを含まず)

- A.20000円以上 B.15000円～20000円 C.10000円～15000円 D.7000円～10000円

【生活習慣】**【飲食】**

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

【睡眠】

1. 寝つき	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> ひどく悪い
2. 目覚め	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 悪い	<input type="checkbox"/> ひどく悪い
3. 夜中に起きる	<input type="checkbox"/> 起きない	<input type="checkbox"/> 時々起き	<input type="checkbox"/> 良く起きる	
4. 平均睡眠時間	8時間			
5. 就寝時間	<input type="checkbox"/> 規則的	<input type="checkbox"/> 不規則		

【運動】

<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> していない	運動名
		頻度

【喫煙】

<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 吸う	本数	本/日
-------------------------------	-----------------------------	----	-----

【飲酒】

<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 飲んでいた	<input type="checkbox"/> 飲む	<input type="checkbox"/> 多い
ビール	ml	回/週 以上	焼酎
日本酒	ml	回/週 以上	ワイン
その他			ml
			回/週 以上

【常用薬】

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 5-6日	<input type="checkbox"/> 3-4日	<input type="checkbox"/> 1-2日	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 5-6日	<input type="checkbox"/> 3-4日	<input type="checkbox"/> 1-2日	<input type="checkbox"/> 食べない
3. 食事の他に補食を摂っていますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ			

【その他】

1. 意識的に健康管理している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2. 子供の頃肥満だった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3. その他の生活習慣		

【自覚症状】

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