

## Questionnaire（問診票）

### ※注意

**英数字** で、規定の用紙に記載してください。当資料は参考文献です。

The information disclosed in this document is strictly confidential and should remain between doctor and patient. The results of the screening should be transmitted solely to the athlete and his/her legal representatives.

Any changes, distribution or duplication of this document is strictly prohibited

この書類に記載された情報は厳重に取り扱われ、医師と患者の間で保有されるものとする。  
審査結果は選手とその所属団体代表者へのみ直接送られる。  
この書類の変更、拡散、複製は厳しく禁止されている。

--- 以下、規定の用紙に **英数字** で記載してください ---

Name（名前）：

Surname（苗字）：

National federation（所属加盟団体）： ※ **Japan Triathlon Union** と記載ください。

Date of Birth（生年月日（dd/mm/yyyy））： ※日 / 月 / 西暦 の順に記載ください。

Address（住所）：

Phone（電話番号）：

E-mail（メールアドレス）：

### \* Personal History（個人情報）

1. Have you ever fainted or passed out when exercising?  
1. 運動中に失神もしくは気絶したことはありますか。
2. Do you ever have chest tightness?  
2. 胸の圧迫を感じたことはありますか。
3. Does running ever cause chest tightness?

3. 走行中に胸の圧迫感を抱いたことはありますか。
4. Have you ever had chest tightness, cough, wheezing which made it difficult for you to perform sport?
4. 胸の圧迫、咳、喘鳴が理由で、運動するのが難しくなったことはありますか。
5. Have you ever been treated/hospitalized for asthma?
5. 喘息の治療もしくは入院したことはありますか。
6. Have you ever had a seizure?
6. 発作を起こしたことはありますか。
7. Have you ever been told that you have epilepsy?
7. てんかんを指摘されたことはありますか。
8. Have you ever been told to give up sports because of health problems?
8. 健康上の問題が理由でスポーツを諦めるように指摘されたことはありますか。
9. Have you ever been told you have high blood pressure?
9. 血圧が高いと言われたことがありますか。
10. Have you ever been told you have high cholesterol?
10. コレステロールが高いと言われたことがありますか。
11. Do you have trouble breathing or do you cough during activity?
11. 活動中に呼吸もしくは咳のトラブルを起こしたことはありますか。
12. Have you ever been dizzy during or after exercise?
12. 運動中もしくは運動後にめまいを起こしたことはありますか。
13. Have you ever had chest pain during or after exercise?
13. 運動中もしくは運動後に胸痛を起こしたことはありますか。
14. Do you get tired more quickly than your friends do during exercise?
14. 運動中に他選手より早く疲れを感じることはありますか。

15. Have you ever been told you have a heart murmur?  
15. 心雑音を指摘されたことはありますか。
16. Have you ever been told you have a heart arrhythmia?  
16. 心臓不整脈を指摘されたことはありますか。
17. Do you have any other history of heart problems?  
17. その他の心臓の異常はありますか。
18. Have you had a severe viral infection (for example myocarditis or mononucleosis) within the last month?  
18. 過去 1 ヶ月間に重度のウイルス感染（例 心筋炎、単核症）にかかりましたか。
19. Have you ever been told you had rheumatic fever?  
19. リウマチ熱にかかったことはありますか。
20. Do you have any allergies?  
20. アレルギーはありますか。
21. Are you taking any medications at the present time?  
21. 現在薬物治療を受けていますか。
22. Have you routinely taken any medication in the past two years?  
22. 過去二年間で日常的に薬物治療を受けていましたか。

**\* Family History (家族情報)**

**Has anyone in your family less than 50 years old:**

ご家族の中に 50 歳以下で以下の状態になった人はいますか。

23. Died suddenly and unexpectedly?  
23. 突然死した人。
24. Been treated for recurrent fainting?  
24. 繰り返しおこる失神で治療を受けている人。

25. Had unexplained seizure problems?  
25. 原因不明の発作を起こした人。
26. Had unexplained drowning while swimming?  
26. 水泳中に原因不明で溺死した人。
27. Had unexplained car accident?  
27. 原因不明の自動車事故を起こした人。
28. Had heart transplantation?  
28. 心臓移植を受けた人。
29. Had pacemaker or defibrillator implanted?  
29. ペースメーカーもしくは植込み型除細動器を装着した人。
30. Been treated for irregular heartbeat?  
30. 不整脈の治療を受けている人。
31. Had heart surgery?  
31. 心臓手術を受けた人。
32. Has anyone in your family experienced sudden infant death (cot death)?  
32. 家族の中で乳幼児突然死を経験した人。
33. Has anyone in your family been told they have Marfan syndrome?  
33. 家族の中でマルファン症候群と言われた人。

--- 以上 ---

I certify that all information given is true and exact

私は記載した全ての情報が真実かつ正確であることを保証します。

Athlete Signature (選手署名)

Parent Signature (保護者署名)

Date (日付)