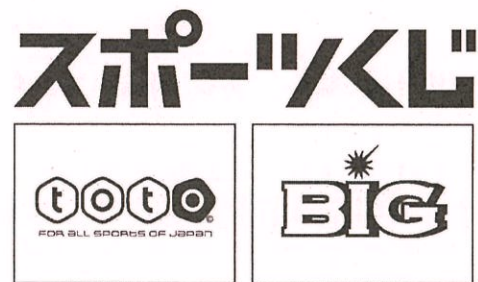


Q7 国体ドーピング検査（ドーピング・コントロール）について

口ひげを伸ばすための市販の塗り薬に、禁止物質が含まれていることを知らずに使用した男子選手が、2年間の資格停止処分になったことがありました。また、女子選手でも食欲抑制作用のある薬で6カ月の資格停止処分になったことがありました。こうならないために…

- 1 禁止物質が体内に入った責任は、選手自身にあることを知っていますか。
 - 1 知っている
 - 2 知らない
- 2 ドーピング防止規則は、禁止物質だけでなく禁止方法についても規定されていることを知っていますか。
 - 1 知っている
 - 2 知らない
- 3 禁止物質が、毎年変わることを知っていますか。
 - 1 知っている
 - 2 知らない
- 4 成分表示に書かれていない禁止物質を含むサプリメントが、よく問題になっていることを知っていますか。
 - 1 知っている
 - 2 知らない
- 5 風邪薬や胃腸薬などの市販薬に、禁止物質が含まれていることがあることを知っていますか。
 - 1 知っている
 - 2 知らない
- 6 治療を受ける際、自分がドーピング検査を実施する競技会に臨む競技者であることを、主治医へ伝えてありますか。
 - 1 している
 - 2 していない
- 7 治療に使った薬は、記録に残していますか。
 - 1 している
 - 2 していない
- 8 TUE 申請とは何か知っていますか。
 - 1 知っている
 - 2 知らない
- 9 ドーピング検査対象の通告を受けて検査を拒否する行為は、罰せられることを知っていますか。
 - 1 知っている
 - 2 知らない
- 10 あなたはドーピング講習会を受けたいと思いますか。
 - 1 思う
 - 2 思わない



スポーツ振興くじ助成事業

治療薬に関する留意事項

- ドーピングとは、競技能力を高めるために薬物などを使用することで、ルールで禁止されています。ルールでは禁止リストに示される物質や方法の使用がドーピングにあたります。ドーピング検査で禁止物質が検出されれば、治療目的であっても制裁が課せられることもあり、ルールをよく理解しておきましょう。禁止表は、スマートフォン等のモバイル・サイトでも確認できます。
- 医療機関を受診するときは、“スポーツ選手なのでドーピング禁止物質を処方しないでほしい”ことを伝えましょう。治療のために禁止物質がどうしても必要な特殊な場合には、禁止物質の治療目的使用の適用措置(TUE)に則って所定の書式で申請し、認められれば使用できます。
- 禁止物質についてわからないことがあるときは、下記へお問い合わせください。
 - ・富山県薬剤師会・くすり相談 (TEL 076-422-3111 / FAX 076-422-3633)
 - ※薬剤師会ドーピング防止ホットライン
 - ・公益財団法人富山県体育協会 (TEL 076-461-7138 / FAX 076-461-7139)

※事務局記入

| | |
|------|--|
| 選手番号 | |
| 受付日 | |

令和2年度日本スポーツ協会委託事業

記入日：2020年 月 日

令和2年度
強化指定・国体選手の健康診断 問診票

公益財団法人富山県体育協会 スポーツ医・科学委員会

この問診票は、国体選考にかかわるドクターによる健康診断の資料とするものであり、個人情報外部へは一切公開いたしません。

記入要領

- 1 各項目とも必ず○印か／を書いて、記入漏れのないようにお願いします。
- 2 太枠内は医師の記入欄です。選手は記入しないでください。

| | | | | | | | | |
|--------------|----------|----|------|--------|------|------|----|----|
| 競技名 | 種目 | 種別 | 成年男子 | 成年女子 | 少年男子 | 少年女子 | 女子 | |
| 選手氏名 | | 性別 | | 男・女 | | | | |
| 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日生(歳) | 身長 | cm | 体重 | kg |
| 学校名・勤務先 | | 学年 | 年生 | | | | | |
| 自宅電話番号 () - | | | | | | | | |

問診票判定欄

| 判定 | A | B | C | D | E |
|---------------|---------|---|---|---|---|
| A 特に問題なし | 問診票のまとめ | | | | |
| B 経過観察(軽度の異常) | | | | | |
| C 治療中 | | | | | |
| D 精査が必要 | | | | | |
| E 記載不十分 | | | | | |

スポーツ医・科学委員会判定

| 大会参加 | 可 | 参加前検診 | 参加後検診 | 参加中止勧告(理由) |
|--------------|---|-------|-------|------------|
| 2020年 月 日 署名 | | | | |

※精査が必要と判断された方は、医師による診断の後、下記「精査医師意見」の記載を受けてください。

精査医師意見

.....

.....

.....

2020年 月 日 判定医

医療機関(診療科)

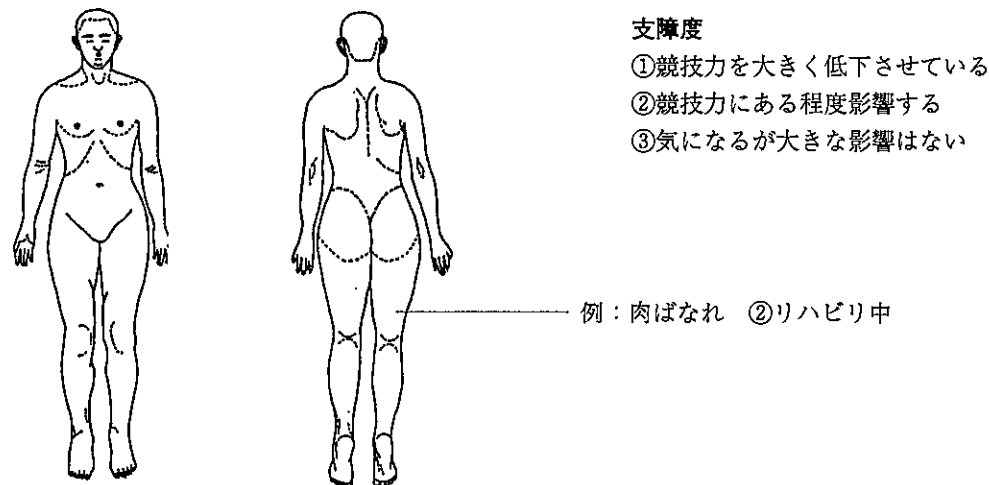
↑ホットキス等で止める(個人情報の為)

Q1 学校健診（または職場健診）あるいはドック健診についての質問

- 1 毎年健康診断を受けていますか。 1 はい 2 いいえ
- 2 受けている検査項目に○印を、受けていない項目は／線をつけてください。
 1 血圧 2 視力 3 聴力 4 尿検査
 5 血液検査 6 胸部レントゲン撮影 7 心電図
- 3 去年または今年の学校健診（職場健診）で、何か異常があるといわれましたか。
 1 ない 2 あり⇒ どのような異常でしたか ⇒ []
 ⇒ 精密検査を受けましたか ⇒ 1 受けていない 2 受けた
 ⇒ その結果は ⇒ 1 支障なし 2 経過観察中 3 要治療
- 4 これまでの3年間に“心電図検査”を受けたことがありますか。
 1 ない 2 あり⇒ いつ受けましたか ⇒ 1 今年 2 昨年 3 []年前
 何か異常があるといわれましたか。
 1 ない 2 あり⇒ 精密検査を受けましたか ⇒ 1 受けていない 2 受けた
 ⇒ その結果は ⇒ 1 支障なし 2 経過観察中 3 要治療

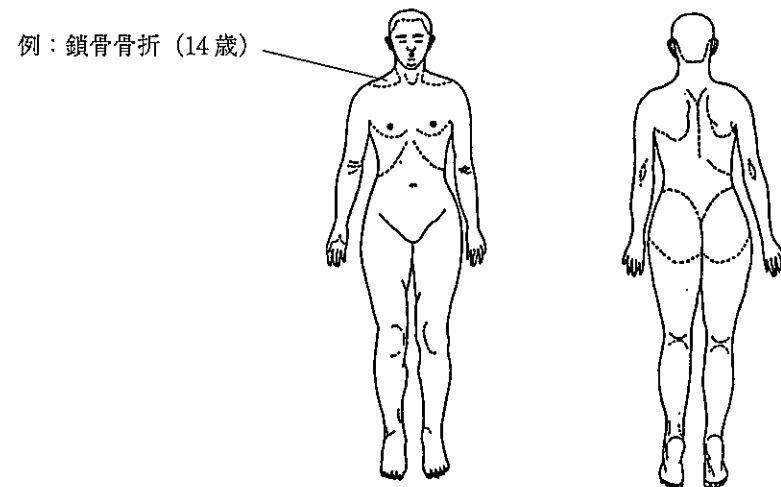
Q2 現在の病気やけがについての質問

- 1 現在、治療中や定期的に検査を受けている病気やけががありますか。
 1 ない 2 あり ⇒ [傷病名] ○ ○
- 2 現在、治療のために服用している薬がありますか。
 1 ない 2 あり ⇒ [薬品名] ○ ○
- 3 現在、競技や練習の支障となる“痛み”や“関節の異常”がありますか。
 1 ない 2 あり ⇒ 部位より線をひき、簡単に症状・支障度・治療の有無を記入してください。



Q3 これまでの主なけがや病気についての質問

- 1 これまでに1ヶ月以上競技や練習の支障となる“けが”をしたことがありますか。
 1 ない 2 あり ⇒ 部位より線をひき、“病名”と“何歳”のときか記入してください。



- 2 これまでに以下の病気をしたことがありますか。一つ一つをチェックしてください。わからない場合は保護者に確認して、できるだけ正確に記入してください。
 “ない”の場合は各病名番号に／線をつけてください。
 “あり”の場合は各病名番号に○印をつけ、[]にその年齢を記入してください。
 1 貧血 []歳 2 喘息 []歳 3 高血圧 []歳
 4 心臓病 []歳 5 川崎病 []歳 6 腎炎 []歳
 7 肝炎 []歳 8 胃・十二指腸潰瘍 []歳 9 てんかん []歳
 10 痛風 []歳 11 その他 []歳 [病名]
 12 手術 []歳 [病名]
 13 薬物アレルギー [薬品名]
 14 食物アレルギー [食品名]

Q4 現在のコンディションについての質問（以下のいずれかに○印をつけてください）

- 1 体調 1 極めて良い 2 良い 3 普通 4 やや不調 5 悪い
- 2 食欲 1 旺盛 2 普通 3 低下
- 3 睡眠 1 良好 2 普通 3 不良（眠りが浅い、寝つきが悪い、朝起きるのがつらい）
- 4 排便 1 毎日ある 2 便秘する [1回/ ~ 日]
- 5 体重 1 変わらない 2 減少している 3 増えている 4 変動が大きい

Q5 自覚症状についての質問 ※最近1～2か月間

- 1 下記の症状が“ない”場合は／線を、“ある”場合は該当する状態に○印をつけてください。
 ・胸が痛くなったり、苦しくなったりする () ある場合⇒ [運動時・興奮時・安静時・その他]
 ・息が苦しくなる () ある場合⇒ [運動時・興奮時・安静時・その他]
 ・意識がもうろうとしたり、失ったりする () ある場合⇒ [運動時・興奮時・安静時・その他]
 ・めまいや立ちくらみがある () ある場合⇒ [運動時・興奮時・安静時・その他]
- 2 その他、下記の症状が“ない”場合は／線を、“ある”場合は該当する項目に○印をつけてください。
 () 疲れやすい () 手足がむくむ () 湿疹や皮膚のかぶれがある
 () 胸やけ () はき気 () 腹痛
 () 頭が重い () 頭痛がする () 首・肩こりがする
 () 目が疲れる

Q6 家族の病気に関する質問

- 両親、兄弟（姉妹）に以下のような病気がありますか。
 各項目をチェックしてください。わからない場合は、保護者に確認して記入してください。
 “ない”の場合は／線をつけてください。
 “あり”の場合は、各病名の番号に○をつけて、[]内に誰であるかを記入してください。
- 1 突然死 [] 2 高血圧 [] 3 心臓病 []
 - 4 脳卒中 [] 5 糖尿病 [] 6 痛風 []
 - 7 結核 [] 8 肝炎 []