

ふりがな

氏名 _____ (_____ 歳) 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所(〒 _____ - _____)

TEL _____ - _____ - _____

所属先(学校・チーム名) : _____

現在の競技種目 _____ / 競技年数 / 競技レベル(例：全国○位、県大会レベル 等)

/ _____ 年 /

過去の競技種目 _____ / 競技年数 / 競技レベル(例：全国○位、県大会レベル 等)

/ _____ 年 /

身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ 体脂肪率 _____ %

I 今回の受診目的を簡単にお書きください

① その症状はいつ頃からですか

② 原因がありましたら、簡単に記載してください

③ 今までそのために治療を受けたことがありましたか

いいえ・はい(治療内容： _____)

II 以下 該当するところをご記入ください

1. 初経年齢(_____ 歳)

2. 一番最近の月経：(_____ 年 _____ 月 _____ 日) から(_____ 日間)・不明

3. 月経周期：順(_____ 日型)・不順(短い時の周期 _____ 日 / 長い時 _____ 日)

4. 初経後に月経が3ヶ月以上止まったことがありますか

いいえ・はい(年齢 _____ 歳 / 期間 _____ / その時の競技種目 _____)

5. 月経痛はありますか

いいえ・はい(症状： _____)

6. 婦人科に行ったことがありますか

いいえ・はい(診療内容： _____)

7. 性交渉の経験がありますか

いいえ・はい

8. 以前妊娠したことがありますか

いいえ・はい(分娩 _____ 回 / 流産 _____ 回 / 中絶 _____ 回)

9. 今まで、あるいは現在治療中のご病気、お怪我がある方はご記入ください

10. 現在内服している薬、またはサプリメントがある方はご記入ください

11. アレルギーはありますか
いいえ・はい (_____)
12. 月経で競技パフォーマンスが悪くなると感じますか
いいえ
はい (いつ：月経中・月経終了直後・月経後数日・月経前
具体的な症状： _____)
13. 試合で最もコンディションが良い月経周期はありますか
いいえ
はい (いつ：月経中・月経終了直後・月経後数日・月経前)
14. 試合に合わせて月経のコントロールをしたことがありますか
いいえ (コントロールしてみたいですか：いいえ・はい)
はい (具体的な方法： _____ / 誰から _____)
15. ピルを飲んだことがありますか
いいえ
はい (年齢： _____ 歳～ _____ 歳 / ピルの名前： _____ / 理由： _____)
16. 今、体重が気になりますか
いいえ・はい
17. 誰かに減量を勧められていますか
いいえ・はい (誰に： _____、どれくらいの減量 _____ kg)
18. 特別な減量方法を実施していますか、
もしくはいくつかの食べない食品や食品グループがありますか
いいえ・はい (具体的に： _____)
19. 摂食障害になったことはありますか
いいえ・はい (年齢： _____ 歳から _____ 歳まで / 完治・現在治療中)
20. 疲労骨折をしたことがありますか
いいえ
はい (年齢： _____ 歳 / 部位： _____ / 月経状況： _____)
21. 学会発表および論文作成で臨床データを使うことについて、下記に○をつけ、ご署名ください。
なお、発表に際しあなたのデータであると特定されることはありません。また、あなたの名前などの個人情報は一切わからないようにしますので、プライバシーは守られます。
データの使用を 同意する・同意しない 署名： _____
22. その他、医師にお知らせしたいことがあったらお書きください

