

スポーツ呼吸外来 問診票

1. 基本情報

- 氏名:
 - 年齢: 歳 / 性別: 男 ・ 女
 - 競技名:
 - ポジション／専門種目:
 - 競技歴: 年
 - 練習頻度: 週 回、1 回あたり 時間
 - 主要大会出場歴(あれば):
-

2. 主な症状

運動に関連して以下の症状が **ありますか／ありましたか？** (複数選択可)

- ☐ 息苦しい ☐ 咳が出る ☐ ゼーゼー・ヒューヒュー音がする
- ☐ 喉が詰まる感じ ☐ 声が出にくくなる ☐ 胸が苦しい
- ☐ 息が吸いにくい ☐ 息が吐きにくい ☐ 動悸がする
- ☐ 手足が震える ☐ 気を失う
- ☐ その他:

症状の出るタイミング (複数選択可)

- ☐ 運動中 ☐ 運動後 ☐ 安静時にも出る
- ☐ 試合のときだけ ☐ 練習のときだけ
- ☐ 季節・天候に関係あり(例: 寒い日、花粉の時期など))
- ☐ 具体的に:

運動時の症状でどの程度困っていますか？

- ① 全然困らない ② 少し ③ まあまあ ④ かなり ⑤ 運動ができないくらい

フリーコメント:

3. 発症状況

- 初めて症状が出たのは：（ 年前／ ヶ月前 ）
 - きっかけ(例:大会中・感染後・環境変化など):
 - 症状が強く出る条件:
 - ☐ 全力疾走 ☐ 長時間運動 ☐ プール ☐ 寒冷 ☐ 花粉・粉塵
 - ☐ 強い声出し ☐ 特定の環境(例:屋内・屋外)
 - ☐ その他:
-

4. 既往歴・治療歴 具体的に記載してください

- 気管支喘息の診断を受けたことがありますか？ ☐ はい ☐ いいえ
 - 吸入薬・内服薬を使用していますか？ ☐ はい ☐ いいえ
→ 薬剤名・使用頻度:
 - 他に何か持病はありますか？:
 - 入院や手術の経験はありますか？:
 - 普段から服用しているお薬はありますか？:
 - お薬や食べ物にアレルギーはありますか？:
 - タバコを吸いますか？: ☐ 吸ったことがない ☐ 吸っている/吸っていた
→ 本数/日 才から 才まで
-

5. フリーコメント 運動中の呼吸器症状や質問など、具体的に記載してください

