

健康状態

ローザンヌ国際バレエコンクールのコンサルタント医師 / 連絡先

Docteur Carlo Bagutti e-mail: prixdelausanne@vidymed.ch
Vidy Med, Route de Chavannes 11
1000 Lausanne 23
tel. 41 21/ 622 87 00
fax 41 21/ 622 87 02

参加者の氏名:

生年月日 (日/月/年) :

参加者の治療歴:

参加者は何か医療上の問題をかかえていますか？

はい いいえ

診断内容 :

両親について

母親

氏名のイニシャル :
生年月日 :
体重(kg) :
身長(cm) :

父親

氏名のイニシャル :
生年月日 :
体重(kg) :
身長(cm) :

参加者は生理が始まっていますか？ (女子のみ)

はい いいえ

初潮は何歳の時ですか？ :

過去3ヶ月の間で生理がなかった月がありましたか？

はい いいえ

疲労骨折の経験がありますか？

はい いいえ

ある場合は、その部位と時期の詳細 :

アレルギーについて

特定の薬品または食物に対するアレルギー反応がありますか？

はい いいえ

ある場合は、その種類の詳細 :

栄養状態について

参加者の現在、過去、またはその家族に栄養障害の兆候が見られたことはありますか？

はい いいえ

ある場合は、その詳細 :

常習的なダイエット方法について 該当するものにチェック

- 多彩な方法
- ベジタリアン
- 乳製品をとらない
- 炭水化物をとらない/ もしくは量を制限している
- 脂肪分をとらない/ もしくは量を制限している
- その他 (具体的に) :

一日に食べる果物・野菜の摂取量について 該当するポーション数にチェック

0 ~ 1 1 ~ 2 2 ~ 3 3 ~ 4 4 ~ 5 5 ~ 以上

参加者の氏名:

活動内容について

ダンスを始めたのはいつですか？ :

昨年は一週間に平均何時間ダンスをしていましたか？

生活習慣について

喫煙について

経験なし 時々 常習

アルコールについて

経験なし 時々 常習

薬品の使用について

参加者は、薬品、ホメオパシー、薬用植物療法等を定期的に使用していますか？ はい いいえ

ある場合は、その種類 :

以下の物質を既に使用していますか？ はい いいえ

(該当するものに下線を引いてください) 鎮痛剤、トランキライザー (精神安定剤)、下剤、アンフェタミン、アナボリックステロイド (筋肉増強剤)、睡眠薬

身長および体重の推移 :

添付の図に、参加者の成長過程における身長および体重のデータを記入してください

健康診断 :

参加者の健康状態、特に栄養状態は？

まあまあ良い 良い 大変良い

体重 : kg 身長 : cm

血圧 : mm Hg 安静時脈拍数 : /分

健康診断中に特別 / 異常とみられる特徴等が観察された場合はその詳細を記述してください :

場所および年月日 :

医師のサインおよび印 :

医師の氏名・住所

(参加者のその他の情報が必要なケースにコンタクトがとれるよう英字で記入してください)

氏名 :

住所 :

E-mail:

Tel:

Fax: