アスリート氏名:

（※）「参加競技について」

継続参加の方は、現在参加しているプログラムもお書きください。

生年月日 ： 性別 □女 □男

|  |
| --- |
| アスリートの症状 - (当てはまるものすべてチェック) |
| □自閉症スペクトラム障害 　　　　　　　　　　　　□ダウン症 　　　　　　　　　　□脳性まひ  □その他症候群 具体的に： |

|  |  |
| --- | --- |
| アレルギー＆食事制限 | アスリートが使用しているもの (当てはまるものすべてに☑を付けてください。) |
| □ アレルギー なし  □ ゴム製品  □ 薬剤  □ 虫刺され：  □ 食べ物： | □ めがね・コンタクト 　　　　　□ 補助杖・歩行器　　　　　　　 　□ 車いす  □ マウスピース 　　　　　　 　□ 補聴器　　　　　　　　　　　　 　　□ 吸入器  □ 義手・義足 　　　　　　　　　　　□ 人工肛門・胃ろう　　　 　 □ C-PAP  □ 埋め込みデバイス 　　　　　□ コミュニケーションデバイス　　　 □ ペースメーカー |
| その他、特筆事項: | |

（※）

|  |
| --- |
| 参加競技について |
| やってみたい競技をすべて記入： |
| 医師からスポーツすることを制限されたことがありますか？  □いいえ □はい → 具体的に記載ください： |

|  |
| --- |
| 手術・感染症・ワクチンについて |
| 過去に受けた手術をすべて記入: |
| アスリートは現在、急性/慢性感染症にかかっていますか？  □いいえ □はい → 具体的に記載ください： |
| アスリートはこれまでに心電図（ECG）や超音波（Echo）で異常が見られたことはありますか？ （はいの場合、日にちと結果を記入）  □ はい、心電図（ECG）に異常：  □ はい、超音波（Echo）に異常： |
| 7 年以内に破傷風ワクチンを注射しましたか？  □いいえ □はい |

|  |
| --- |
| てんかん・発作について |
| てんかん／発作の症状がありますか？ □いいえ □はい  はいの場合、発作のタイプを記載ください：  はいの場合、過去一年間に発作はありましたか？ □いいえ □はい |

|  |  |
| --- | --- |
| 精神状態について | |
| 過去一年間の自傷行為 　 □なし　　　　　 □あり | うつ病 □なし 　　　　　 □あり |
| 過去一年間の攻撃的な行為 □なし 　　　　 □あり | 不安 □なし 　　　　　□あり |
| その他精神面の健康上で不安なことがあればお書きください： | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 以下の症状で診断された、または経験したことがありますか？ | | | | | |
| 意識消失 | □ いいえ □ はい | 高血圧 | □ いいえ □ はい | 発作/一過性脳虚血発作 □ いいえ □ はい | |
| 運動中/後のめまい | □ いいえ □ はい | 高コレステロール | □ いいえ □ はい | 脳震とう | □ いいえ □ はい |
| 運動中/後の頭痛 | □ いいえ □ はい | 視覚障害 | □ いいえ □ はい | ぜんそく | □ いいえ □ はい |
| 運動中/後の胸の痛み | □ いいえ □ はい | 聴覚障害 | □ いいえ □ はい | 糖尿病 | □ いいえ □ はい |
| 運動中/後の呼吸促迫 | □ いいえ □ はい | 脾腫 | □ いいえ □ はい | 肝炎 | □ いいえ □ はい |
| 不規則/激しい鼓動、動悸 | □ いいえ □ はい | 単腎 | □ いいえ □ はい | 排尿障害 | □ いいえ □ はい |
| 先天性心疾患 | □ いいえ □ はい | 骨粗しょう症 | □ いいえ □ はい | 二分脊髄 | □ いいえ □ はい |
| 心臓発作 | □ いいえ □ はい | 骨減少症 | □ いいえ □ はい | 関節炎 | □ いいえ □ はい |
| 心筋症 | □ いいえ □ はい | 貧血症 | □ いいえ □ はい | 熱中症 | □ いいえ □ はい |
| 心臓弁膜症 | □ いいえ □ はい | 鎌状赤血球症 | □ いいえ □ はい | 骨折 | □ いいえ □ はい |
| 心雑音  心内膜炎 | □ いいえ □ はい  □ いいえ □ はい | 出血しやすい | □ いい え □ はい | 脱臼 | □ いいえ □ はい |
| 女性の場合、最終月経日: | | | |
| 骨折/脱臼の場合、具体的に: | | | | | |
| その他、現在または過去の症状をお書きください： | | | | | |



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 脊髄圧迫や環軸椎不安定性に伴う神経症状 | | | | | | | | |
| 尿や便が出にくい | | | □ いいえ □ はい | | はいの場合、3 年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか？ | | | | | □ いいえ □ はい | |
| 足、腕、手等の感覚麻痺や痛み | | | □ いいえ □ はい | | はいの場合、3 年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか？ | | | | | □ いいえ □ はい | |
| 足、腕、手等の脱力 | | | □ いいえ □ はい | | はいの場合、3 年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか？ | | | | | □ いいえ □ はい | |
| 首、背中、肩、腕や手、腰、足などに するどく神経を圧迫するような痛み | | | □ いいえ □ はい | | はいの場合、3 年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか？ | | | | | □ いいえ □ はい | |
| 頭位傾斜 | | | □ いいえ □ はい | | はいの場合、3 年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか？ | | | | | □ いいえ □ はい | |
| けいれん | | | □ いいえ □ はい | | はいの場合、3 年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか？ | | | | | □ いいえ □ はい | |
| 麻痺 | | | □ いいえ □ はい | | はいの場合、3 年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか？ | | | | | □ いい え □ はい | |
| 服薬している薬、ビタミン剤、サプリメントをすべて記入してください（吸入器、避妊薬、ホルモン治療薬を含む） | | | | | | | | | | | | |
| 薬、ﾋﾞﾀﾐﾝ剤、ｻﾌﾟﾘﾒﾝﾄ | 量 | 服薬回数/日 | | 薬、ﾋﾞﾀﾐﾝ剤、ｻﾌﾟﾘﾒﾝﾄ | | 量 | 服薬回数/日 | 薬、ﾋﾞﾀﾐﾝ剤、ｻﾌﾟﾘﾒﾝﾄ | 量 | | 服薬回数/日 | |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  | |
| アスリート自身で服薬できますか？ □いいえ □はい | | | | | | | | | | | | |
| 過去に副作用が出た薬剤名を記載してください。 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 基本的生活習慣チェック | |
| １．言葉 | □ 会話ができる □ 単語程度での発言ができる □ 会話はできない |
| ２．食事 | □ 自立 □ 一部介助 □ 全面介助  使用できる食器： ○箸 ○スプーン ○フォーク |
| ３．排泄 | 1. 大便 □ 自立 □ 一部介助 □ 全面介助 2. 小便 □ 自立 □ 一部介助 □ 全面介助 □ 失禁傾向あり |
| ４．衣類の着脱 | □ 自立 □ 一部介助 □ 全面介助 |
| ５．意思伝達力 | □ 言葉で意思を伝えることができる □ 身振りや声で伝える　　 □ 意思を伝えることは難しい  □その他の方法で伝える → 具体的に： |
| ６．指示理解力 | □ 指示理解は可能 □ 指示理解は可能、多少問題あり  □ 言語での表現はできないが理解はしている □ ほとんど認められない |
| ７．コミュニケーション | □ 成立する □どうにか成立する □ほとんど成立しない |
| ８．安全に行動する力  （すべてにチェック） | □集団生活で特に問題はない □危険な箇所を心得ている □ 多動傾向がある  □ 行方不明になり保護された事ある □常に注意が必要である □ 自傷行為がある  □ 他傷・他害行動がある |
| ９．入浴 | □ 自立 □ 一部介助 □全面介助 |
| 10．生理の処理 | □ 自立 □ 一部介助 □ 全面介助 |
| 11．その他 | □ 喫煙 □ 飲酒 |



|  |
| --- |
| その他、特筆事項。また、アスリートの気になる行動・習慣等 |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入者氏名 | アスリートとの続柄 | 電話番号 | E-mail |
|  |  |  |  |

健康診断書についての対応

　該当のものに○を付けてください。

（　　）　今回、初めて参加するため、所定の書式で別途、健康診断書を提出します。

（　　）　継続的に参加しているアスリートであって、職場や学校において健康診断を１年以内に

受診し、スポーツをすることで身体的に特段の留意点がないため、健康診断書を提出しません。

（　　）　継続的に参加しているアスリートですが、特定の疾患などが心配なため、

所定の書式で別途健康診断書を提出します。

（　　）　継続的に参加している健康なアスリートですが、過去１年以内に医師による

診察を受けていないので、健康診断を受診します。（ただし、今回は提出不要です）