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）