

公益財団法人スペシャルオリンピックス日本 SO アスリート メディカルフォーム -健康調査票-

※事前に記入いただき、診断の際に医師にお見せください

(※)「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。

アスリート氏名: _____

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

- アレルギー なし
ゴム製品
薬剤
虫刺され:
食べ物:

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。)

- 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:

公益財団法人スペシャルオリンピックス日本 SO アスリート メディカルフォーム -健康調査票-

※事前に記入いただき、診断の際に医師にお見せください

アスリート氏名 _____

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 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 高血圧 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 発作/一過性脳虚血発作 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 運動中/後のめまい | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 高コレステロール | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 脳震とう | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 運動中/後の頭痛 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 視覚障害 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | ぜんそく | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 運動中/後の胸の痛み | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 聴覚障害 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 糖尿病 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 運動中/後の呼吸促進 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 脾腫 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 肝炎 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 不規則/激しい鼓動、動悸 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 単腎 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 排尿障害 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 先天性心疾患 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 骨粗しょう症 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 二分脊髄 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 心臓発作 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 骨減少症 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 関節炎 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 心筋症 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 貧血症 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 熱中症 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 心臓弁膜症 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 鎌状赤血球症 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 骨折 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 心雑音 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 出血しやすい | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 脱臼 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 心内膜炎 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 足、腕、手等の感覚麻痺や痛み | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 足、腕、手等の脱力 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 頭位傾斜 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| けいれん | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 麻痺 | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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？ | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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、ビタミン剤、サプリメント | 量 | 服薬回数/日 | 薬、ビタミン剤、サプリメント | 量 | 服薬回数/日 | 薬、ビタミン剤、サプリメント | 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。

公益財団法人スペシャルオリンピックス日本 SO アスリート メディカルフォーム -健康調査票-

※事前に記入いただき、診断の際に医師にお見せください

アスリート氏名 _____

基本的な生活習慣チェック

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