第１７回全国障害者スポーツ大会個人競技選手健康調査票

１．氏　　名（　　）
２．身　　長（　　㎝）　　体　　重（　　㎏）
３．現在、治療中の病気・ケガ等がありますか？
　ない　・　ある（何の病気・ケガですか？　　）
４．今までにかかった病気・ケガがあれば教えて下さい。（○をつけて下さい。）
　めまい　・　ぜんそく　・　食物アレルギー（　　）　・　胃潰瘍
　肝臓病　・　高血圧　・　心臓病　・　糖尿病　・　腎臓病　・　その他（　　）
　手術をうけたことがある（何の？　　）
５．最近１年以内に健康診断、又は病院受診したことがありますか？
　ない　・　ある（何のために受診しましたか？○をつけて下さい。）
　　健康診断　・　病気　・　ケガ　・　その他（　　）
　　病院受診で何か異常を指摘されました？
　　（指摘内容　　）
６．現在服用中の薬などがあれば教えて下さい。（詳細に）
　〔　　〕
　内服について自己での管理ができますか。（○をつけて下さい。）
　できる　・　声かけや確認が必要　・　できない
７．今までに薬や注射で身体に異常が起きたことがありますか？
　ない　・　ある（何の薬ですか？　　）
　※ある方のみ　どんな異常が起こりましたか？
　　発疹　・　ぜんそく発作　・　気分不良　・　嘔吐　・　意識消失　・　ショック状態
　　その他（　　）
８．乗り物酔いはありますか？
　ない　・　ある
９．日常生活についてご記入ください。
　①移動手段：　独歩　・　杖　・　車椅子　・　義足　・　装具　・　盲導犬　・　その他（　　）
　②食　　事：　自立　・　声かけ　・　一部介助　・　全介助
　③更　　衣：　自立　・　声かけ　・　一部介助　・　全介助
　④入　　浴：　自立　・　声かけ　・　一部介助　・　全介助
　⑤トイレ：　自立　・　声かけ　・　一部介助　・　全介助
　⑥生活ﾘｽﾞﾑ：　自立　・　声かけ　・　一部介助　・　全介助
　　起床時間（　　時）・就寝時間（　　時）
　⑦コミュニケーション手段（聴覚・視覚）　：　手話通訳　・　要約筆記　・　点字
　⑧支援用具（ホテル滞在時に貸出される用具）
　不要　・　S字フック　・　バスボード　・　浴槽用マット　・　シャワーチェア　・　防水シーツ
１０．運動中または終了後、以下のような症状がでますか？
　動悸　・　息切れ　・　不整脈　・　呼吸困難　・　胸の痛み　・　圧迫感
　その他（　　）
１１．現在のスポーツ活動の種目と頻度についてお答えください。
　（例）水泳を１日２時間、週３日程度
１２．日常生活やスポーツ活動場面において伝えておきたいこと、リスク管理上の留意点等、ご記入下さい。
　（　　）

◆個人情報の取り扱いについて◆
当協会は、業務上知り得た情報を適切な業務運営に必要と認められる目的以外には、利用もしくは第三者に開示・提供することはありません。