

メディカルチェック表

選手氏名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生年月日西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

血液型 _____ 型

身長 _____ cm 体重 _____ kg 足のサイズ _____ cm

このメディカルチェック表は選手の健康状態について確認するものであり、コーチ・アスレティックトレーナー・理学療法士・医師などが選手をサポートする上で参考とするものになります。正直かつ正確にご記入してください。トライアウトの選考に関しましては、選手を今後育成する中でそれぞれの個性・将来性を総合的に選考させていただくため、こちらに記載したものが直接合否に関わることはございません。また決して個人情報公開されることはありません。

※保護者の方のご記入よろしくお願いします。

【該当するものに○をつけてください】

※「はい」の場合、詳細（時期、内容）も合わせてご記入ください。

・今までに他のスポーツを経験したことがありますか？

スポーツ名と経験年数も記入してください。

いいえ はい

・現在、慢性疾患を患っていますか（喘息等）。またその為の薬を服用していますか？

薬品名も記入してください。

いいえ はい

・過去に大病を患ったことはありますか？はいの場合は病名をご記入ください。

いいえ はい

・手術をしたことはありますか？はいの場合の診断名をご記入ください。

いいえ はい

・両親、兄弟、姉妹に、以下の病気の人がありますか？

突然死 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 脳卒中 ・ 糖尿病 ・ 結核 ・ 肝炎

・脳震盪を起こしたことはありますか？

「はい」の場合その時期・経過も記入してください。

また最近起こった脳震盪はいつでしたか？

それぞれ練習・試合を中止した期間も記入してください。

いいえ はい

・頭部の怪我（脳震盪以外）をしたことがありますか？

いいえ はい

・両親、祖父母に高身長(190cm以上)の方はいますか？

いいえ はい

・熱中症になったことはありますか？

いいえ はい

・薬、花粉、虫刺され、食べ物などでアレルギーやジンマシンがでることはありますか？

いいえ はい

・目に異常を感じることや、疾病を指摘されたことがありますか？

(痛み、かすみ、視野が狭い、虫の様なものが見える等)

いいえ はい

・コンタクトレンズを使用していますか？

種類（ハード・ソフト・使い捨て）は何ですか？

いいえ はい

・現在、服用している薬（市販薬・処方薬）はありますか？

いいえ はい

- ・現在、服用しているサプリメントはありますか？

服用中であればサプリメント名とメーカー名を記入してください。

いいえ はい

- ・ご両親の身長を記入してください（記入任意）

父：_____ cm 母：_____ cm

- ・選手が受けていない予防接種ワクチンにチェック（レ点）を入れてください。

ワクチン名	チェック欄
B型肝炎	
ロタウイルス	
ヒブ（インフルエンザ菌b型）	
肺炎球菌（PCV13）	
肺炎球菌（PPSV23）	
混合ワクチン（DPT-IPV, DT, DPT, IPV）	
BCG	
麻しん・風しん（MR）	
おたふくかぜ	
水痘（水疱・帯状疱疹）	
日本脳炎	
HPV（ヒトパピローマウイルス）	

・過去に怪我をしたり痛みがあったり、異常を指摘されたことはありますか？

☆記入内容：傷害名・左右・受傷時期・現在の状態・不安な点 など

部位	内容
<例> ハムストリング	左ハムストリング肉離れ（2010年3月受傷） 現在もストレッチで伸びにくさを感じる
<記入用>	

・メディカル(健康面)の部分でロボット側が認識しておくべき内容があればご記入よろしく
お願いします。

なし あり(下の空欄にご自由にご記入お願いします)