

メディカルチェック表

写真貼付

選手氏名 _____ 記入日 _____ 年 月 日
生年月日西暦 _____ 年（平成 年） 月 日 歳
血液型 _____ 型 身長 _____ cm 体重 _____ kg

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、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です。正直かつ正確に記入してください。また、決して個人情報公開されることはありません。

※保護者の方がご記入よろしくお願ひします

・今までに他のスポーツを経験していますか？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（喘息など）。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？

いいえ はい _____

・手術をしたことはありますか？

いいえ はい _____

・両親、兄弟、姉妹に、以下の病気の方がいますか？該当するものに○をつけてください。

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・試合を中止された期間も記入してください。

いいえ はい _____
一番最近 _____

・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 _____

・熱中症を起こし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
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？

服用中なら薬品名とメーカー名を記入してください。

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？

服用中なら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 _____

・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（2004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あればご記入
よろしくお願ひします
なし あり(下の空欄にご自由にご記入お願ひします)