

平成 29 年度愛媛県国体選手健康診断書

選手氏名： _____ 競技名： _____ (種別) _____ 種目 _____
生年月日： 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢： _____ 歳 性別： 男・女
所属： _____ 学年： _____ 年生
現住所： 〒 _____
電話番号： (_____) _____

身体所見および検査データ

1. 身体所見

身長 _____ cm 体重 _____ kg 血圧 _____ / _____ mmHg
脈拍数 _____ 拍 / 分 (整 ・ 不整) どちらか○で囲む
理学的所見 (異常なし ・ 異常あり) どちらか○で囲む
所見 _____

2. 検査データ

安静時心電図 (標準 12 誘導心電図を添付してください。)

所見 (_____)

検尿 蛋白質判定量 (- ・ 土 ・ + ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+)
糖判定量 (- ・ 土 ・ + ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+)
潜血反応 (- ・ 土 ・ + ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+) ※月経中

末梢血および血液生化学検査 1

白血球数	/ μl	赤血球数	$\times 10^4 / \mu\text{l}$
血色素量	g/dl	ヘマトクリット	%
血清鉄	$\mu\text{g} / \text{dl}$	M C V	f l
フェリチン	ng/ml		

3. 結果

- 上記検査にて特に異常を認めなかった。
 検査に異常を認めた。

(_____ 年 _____ 月 _____ 日)

医療機関名 _____

診察医師署名 _____ 印

心電図貼付（コピー可）

I 健康についての質問

各質問の回答に関しては、□にレ点を記入してください。

「はい」については、その内容を下の空欄に記入してください。（医師または本人）

- 過去に国体選手のメディカルチェックで出場を制限されたことがありますか？
はい いいえ

- 現在、医者に通っていますか？ はい いいえ
入院したことがありますか？ はい いいえ
今までに手術を受けたことがありますか？ はい いいえ
(へんとうせんの手術、関節鏡検査等)

- 何か薬を使用していますか？ はい いいえ
※使用している場合は薬の名前を書いてください。(経口避妊薬、ホルモン薬など)
()

- 何かアレルギーはありますか？ はい いいえ
※治療薬を使用している場合は書いてください。
()

5. ぜんそくがあり、運動が苦しくなりますか？ はい いいえ
 ※「はい」と答えた人で治療薬を使用している場合は書いてください。
 ()
6. 運動で気絶したことがありますか？ はい いいえ
 運動でめまいを感じたことがありますか？ はい いいえ
 運動で胸が苦しくなったことがありますか？ はい いいえ
 以前に比べて疲れやすいですか？ はい いいえ
 血圧が高いと言われたことがありますか？ はい いいえ
 心臓に雑音があるといわれましたか？ はい いいえ
 脈がとんだり、動悸することがありますか？ はい いいえ
 家族や親類の中に 50 歳以下で突然亡くなった方がいますか？ はい いいえ
 川崎病といわれたことがありますか？ はい いいえ
7. 目の異常を感じたことがありますか？ はい いいえ
 コンタクトレンズや眼鏡を使用していますか？ はい いいえ
8. 最近、皮膚に湿疹やできものがありましたか？ はい いいえ
9. けがで 2 週間以上スポーツができなかったことがありますか？
 (肩、肘、腰、膝、足、等) はい いいえ
10. 頭にけがをしたことがありますか？ はい いいえ
 気絶したことがありますか？ はい いいえ
 記憶が無くなったことがありますか？ はい いいえ
 けいれん発作を起こしたことがありますか？ はい いいえ
11. 熱中症（熱射病等）になったことがありますか？ はい いいえ
12. マウスガードをしていますか？ はい いいえ
 「はい」の方、歯科医院で作りましたか？ はい いいえ
 未治療の虫歯がありますか？ はい いいえ
 噛み合わせ等に不具合はないですか？ はい いいえ
13. 耳に具合の悪いところがありますか？ はい いいえ

1. ~ 13. 「はい」についての記入欄 (例: No. 9 左足首ねんざで 2 週間休養)

14. 現在のコンディションについて

- 睡眠は取れていますか？ はい いいえ
- 食欲はありますか？ はい いいえ
- 便通はいいですか？ はい いいえ
- 現在、たばこをすっていますか？ はい いいえ
- たばこをすったことがありますか？ はい いいえ

15. 女性の方へ

- 月経（生理）は順調ですか？ はい いいえ
- 生理痛で競技に支障がありますか？ はい いいえ

女性医師に相談することがありましたら具体的に記入してください。（希望者のみ）

--

16. 常備薬等記録欄

服用月日	医 薬 品 名 栄 養 補 助 食 品 名 栄 養 ド リ ン ク 名 (フルネームで)	使用目的
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		

※国民体育大会では、ドーピング検査が実施されております。

ドーピング検査で、禁止物質が検出されますと、4年間の制裁措置を受け、大会の参加などのスポーツ活動に一切関わるができなくなりますので、必ず服用している薬を記入してください。