

# アスリートメディカルチェックフォーム

		記入日		年	月	日
ふりがな アスリート名				I D	事務局記入	
生年月日	年	月	日 ( )歳			
障害の種別	<input type="checkbox"/> ダウン症 (特記事項 ) <input type="checkbox"/> 自閉的傾向 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に )					

記入者氏名 \_\_\_\_\_

アスリートとの続柄 \_\_\_\_\_

## スペシャルオリンピックスにおけるメディカルチェックについて

### 1. メディカルチェックとは

メディカルチェックとは、スペシャルオリンピックス(以下 SO という)活動に参加する、アスリートに関する生活及び身体・健康状態の情報収集の総称を指します。

### 2. メディカルチェックの目的

SO は、以下に掲げる目的のもとにメディカルチェックを実施します。尚、メディカルチェックは、当該スポーツプログラム参加の適否や疾病発見、健康診断目的で実施するものではありません。

- (1) アスリートの安全確保のため、事前に安全を脅かす身体的、生理的及び心理的要因の把握すること
- (2) 参加プログラムでのトレーニング上の目安、注意事項など(運動負荷、強度、コミュニケーションのとり方、補助の程度など)必要最小限の生理的、医学的情報を担当コーチに提供すること
- (3) 事故発生時に医師が迅速な対応が出来るよう、医療情報を提供すること

### 3. メディカルチェックの提出時期及び情報更新

メディカルチェックに関する書類(アスリートメディカルチェックフォーム、健康診断書、その他指定されたもの)は、入会時に提出が必要です。以降、1 年に 1 度は情報の見直しを行う他、記載内容に追加変更が生じた場合には速やかに申し出、更新を行うものとします。

## 1. 健康診断書添付

添付診断書の種類について、該当するものにチェックを入れてください。

- 所属学校で実施した健康診断の診断書(内科検診票に相当するもの/コピー含)
- 所属、勤務先で実施した健康診断の診断書(コピー含)
- 病院、医療機関、検診センターなどで実施した健康診断の診断書(コピー含)

本票(アスリートメディカルチェックフォーム)提出の際には、健康診断書を添付してください。入会後も、定期的に健康診断を実施し、診断書を提出していただきます。提出頻度、様式は次のとおりです。

年齢区分	提出頻度	様式	備考
18 歳未満	1 回/1 年	以下よりいずれか 1 つ ・学校で受診した際の健康診断書 (内科検診票に相当するもの/コピー含)	アスリートの年齢、生活状況にかかわらず、毎年 1 回健康診断を受診することを推奨します
18 歳以上	1 回/3 年	・所属、勤務先で受診した際の健康診断書(コピー含) ・病院などで受診した際の健康診断書(一般コース可) ・SON・地区組織指定様式の診断書	

## 2. 基本的な生活習慣チェック

該当箇所をチェックを入れてください。

### 1. 言葉

- 話しことばがある
- 単語程度でのやりとりができる
- 話しことばはない

### 6. 意思を伝達する力

- 言葉で意思を伝えることができる
- 身振りや声で伝える
- その他の方法で伝える

(方法:

- 意思を伝えることは難しい

### 2. 食事

- 自立
- 一部介助
- 全面介助
- 使用できるものは
  - 箸
  - スプーン
  - フォーク

### 7. 指示を理解する力

- 指示理解は可能
- 指示理解は可能、多少問題あり
- 言語での表現はできないが理解はしている
- ほとんど認められない

### 3. 排泄

- |                               |                                 |
|-------------------------------|---------------------------------|
| ① 大便                          | ② 小便                            |
| <input type="checkbox"/> 自立   | <input type="checkbox"/> 自立     |
| <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 一部介助   |
| <input type="checkbox"/> 全面介助 | <input type="checkbox"/> 全面介助   |
|                               | <input type="checkbox"/> 失禁傾向あり |

### 8. 人とのコミュニケーション

- 成立する
- どうか成立する
- 特定の人とならどうか成立する
- ほとんど成立しない

### 4. 衣服の着脱

- 自立
- 一部介助
- 全面介助

### 9. 安全に行動する力

- 集団生活で特に問題はない
- 危険な箇所を心得ている
- 多動傾向がある
- 行方不明になり保護された事ある
- 常に注意が必要である
- 自傷行為がある
- 他傷・他害行動がある

### 5. 生理の処理

- 自立
- 一部介助
- 全面介助

### 10. その他

- 喫煙

11. その他アスリートの気になる行動などについて具体的にご記入ください。

アスリート氏名 \_\_\_\_\_

### 3. 健康状態／既往歴等チェック

以下の項目において、Yes/No のどちらか当てはまる方にチェックを入れてください。

Yes	No	チェック項目	Yes	No	チェック項目
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アレルギー 対象物:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	環軸椎亜脱臼			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高血圧			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	糖尿病			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発作経験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	消化器系
		○てんかん (最終発作年月 )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(例:便秘しやすい、下痢しやすい) 腹痛を起こしやすい
		○喘息 (最終発作年月 )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	コンタクトレンズ、めがね使用
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	難聴、補聴器使用
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血友病、凝固異常と言われたことあり			

その他病歴がある場合は記入してください。

時期	病名	申し送り事項 (現在も注意が必要な点など)

現在、かかりつけの病院がある方は記入してください。

病院名 \_\_\_\_\_ 病院 TEL \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

### 4. 常用薬

服用中の薬があれば、以下欄に記入してください。

薬剤名	1日の回数／内服時間	服用法

アスリート氏名 \_\_\_\_\_

## 5. スポーツ事故歴

これまでにスポーツを行う中で、怪我などの事故が発生したことがある場合は以下に記入してください。

## 6. その他事項

その他、スペシャルオリンピックスに参加するにあたり、配慮が必要な点やご要望を記入してください。

### ※ 個人情報の取り扱いについて

本票記載の個人情報については、スペシャルオリンピックスの活動運営のために利用するものであり、その他の目的には一切利用いたしません。

### ※ 本票控え保管について

本票提出にあたっては、コピーをとり記入者控えとして保管してください。