

公益財団法人スペシャルオリンピックス日本

SO アスリート メディカル・フォーム -健康診断書-

アスリート名:	参加したい競技: (すべて記入してください)
---------	---------------------------

アスリート身体情報

身長	体重	BMI(任意)	体温	脈拍	酸素飽和度	血圧		視力	
cm	kg	BMI	C		%	左:	右:	左視力(矯正) ≥0.5 ()	右視力(矯正) ≥0.5 ()

必須項目

右聴力(ゆびこすり)	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえない	<input type="checkbox"/> 判定不能	脈	<input type="checkbox"/> 整	<input type="checkbox"/> 不整	→ ECG 検査	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
左聴力(ゆびこすり)	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえない	<input type="checkbox"/> 判定不能	肺雑音	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	→	【 】	
心雑音	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	→	異常歩行	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	→	【 】	

任意項目

右外耳道	<input type="checkbox"/> きれい	<input type="checkbox"/> 耳垢	<input type="checkbox"/> 異物	脾腫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
左外耳道	<input type="checkbox"/> きれい	<input type="checkbox"/> 耳垢	<input type="checkbox"/> 異物	腹部圧痛	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 心窩部	<input type="checkbox"/> 臍周囲	<input type="checkbox"/> 右上腹部
右鼓膜	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 穿孔	<input type="checkbox"/> 感染				<input type="checkbox"/> 右下腹部	<input type="checkbox"/> 左上腹部	<input type="checkbox"/> 左下腹部
左鼓膜	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 穿孔	<input type="checkbox"/> 感染	腎臓圧痛	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	
口腔衛生	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 不良	右上肢反射	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 減少	<input type="checkbox"/> 亢進		
甲状腺肥大	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		左上肢反射	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 減少	<input type="checkbox"/> 亢進		
リンパ節腫脹	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		右下肢反射	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 減少	<input type="checkbox"/> 亢進		
腸音	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 異常		左下肢反射	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 減少	<input type="checkbox"/> 亢進		
肝腫大	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		痙攣性	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
右足浮腫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		振戦	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
左足浮腫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		首と背中の可動域の制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	→	【 】	
橈骨動脈拍動の対象性	<input type="checkbox"/> 対象	<input type="checkbox"/> 右>左	<input type="checkbox"/> 左>右	上肢の可動域の制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	→	【 】	
チアノーゼ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		下肢の可動域の制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	→	【 】	
感覚欠如	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	【部位】	上肢の筋力	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	→	【 】	
				下肢の筋力	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	→	【 】	

脊髄圧迫や環軸椎不安定性(AAI) (任意、ただしダウン症の場合は必須)

- アスリートは脊髄圧痛や環軸椎不安定性を伴う神経症状や身体所見が見られない
- アスリートは脊髄圧痛や環軸椎不安定性だと思われる神経症状や身体所見がみられるため、さらなる神経に関する検査を実施し、スポーツをする許可を出す前に脊髄損傷の可能性を除外する

アスリートの参加許可(検査をした方のみが記載可能)

- 検査担当者の方へ
アスリートや保護者が記入した「健康調査票」の内容を参考してください。
- このアスリートは SO 競技に参加することができる。
 - このアスリートは右記を注意の上で、SO 競技に参加することができる → 注意点:
 - このアスリートは今回 SO 競技に参加することができない。

		名前	
		電話	
医師署名	日付		

※医師の方へ こちらのメディカルフォームを普通診断書とし算定してください。