一般用 個人資料

実施日：　　年　　月　　日

ID：

1. 個人プロフィール

ふりがな		生年月日（西暦）	年　　月　　日		
氏名		年齢　　歳	性別	男　・　女	
現住所	〒　　－		身長(ｽﾀｯﾌ記載)	cm	
電話番号	（ＴＥＬ）　　－　　－	（ＦＡＸ）　　－　　－			
減免対象となる手帳の有無	（　有　・　無　）	有の場合は右記に記載			
学校名又は所属クラブ					
実施競技（種目、ポジション等）					

健康状態のチェックについて　　測定当日にチェックします。事前にはチェックしないでください

以下の質問について、当てはまるものの番号を○印で囲んでください。また必要に応じて（　　）内に記述してください。

①　現在、身体の具合の悪いことがありますか　　1.はい　　2.いいえ

「はい」と答えた方は、以下の質問にも答えてください。

○どういう点ですか、以下から選んでください。（複数回答可）

1.熱がある　2.頭痛がする　3.胸痛がある　4.胸がしめつけられる　5.息切れが強い

6.めまいがする　7.強い関節痛がある　8.睡眠不足で非常に眠い　9.強い疲労感がある

10.その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

②現在までに、何か病気をしましたか　　1.はい　　2.いいえ

「はい」と答えた方は、以下の質問にも答えてください。

○どのような病気ですか、以下から選んでください。

1.狭心症または心筋梗塞　2.不整脈（病名：＿＿＿＿＿＿）ペースメーカー（　有　・　無　）　3.高血圧症

4.その他の心臓病（病名:　　）　5.脳血管障害（脳梗塞や脳出血）　6.糖尿病　7.高脂血症　8.貧血

9.気管支喘息　10.その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

○薬物治療を受けている病気がありますか　　1.はい　　2.いいえ

「はい」と答えた方は、以下の質問にも答えてください。

（病名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

分かれば服用している薬の名前を記述してください

（薬剤名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

2. 承諾書

承　　諾　　書

高知県スポーツ科学センター　　様

私は、今年度の体力測定・医科学サポートを受けることを承諾します。なお、測定・医科学サポートに際し、担当者よりその目的、安全性などについて十分に説明を受け理解しました。

私は、測定・医科学サポート当日の健康状態に十分留意した上で参加し、測定・医科学サポートにおける自らの傷害の責任を負うことを承諾します。加えて、第三者が閲覧できないように厳正に保護することを条件に、私の個人情報、測定結果及び医科学サポートの内容を、貴センターがスポーツ医科学及びその他連携関係機関の発展のための研究資料として活用することを承諾します。また、所属団体から測定・医科学サポート実施の依頼があった場合は、所属団体へ測定結果及び医科学サポートの情報提供を行う事にも承諾します。

年　　月　　日

※必ず本人が自筆してください

署名

保護者署名　※受検者が未成年の場合のみ

高知県スポーツ科学センター　TEL：０８８－８０２－７２７２　FAX：０８８－８０２－７２７９

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：kochi-ssc@ksc-net.or.jp