*こちらの用紙に記入の上、ＦＡＸ等で提出いただくか、メディカルチェック提出フォームからご回答ください。*

＜提出先＞(公財)岩手県スポーツ協会

　ＦＡＸ ０１９－６４８－１６００

　メディカルチェック提出フォーム　https://forms.gle/SJQBaGA9enpVLQW48

➡　QRコードからスマホでも回答いただけます

**国スポ選手用メディカルチェック質問票＜Ｒ７年度＞**

記載日　　年　　月　　日

氏名　　　　　　　　　　　　性別 男・女 　種別 成年・少年 　競技種目

Q１ かかりつけ医はいますか？　　　　　　1：い　る　　　　　　2：いない

Q２ かかりつけ歯科医はいますか？　　　　1：い　る　　　　　　2：いない

Q３ タバコは吸いますか？　　　　　　　　1：吸 う　　　　　　2：吸わない

Q４ これまでの病気についてご質問します。

Q4-1 以下の病気にかかったことはありますか。 該当するものに○を付けてください。

1： 貧　血　　　　2： 気管支喘息　　3： 高血圧　　　　4： 心臓病　　　　5： 腎臓病

6： 肝臓病　　　　7： 胃・十二指腸潰瘍　　　8:てんかん

10： その他 〔病名 〕

11： 薬物アレルギー 〔薬品名 〕

12： 食物アレルギー 〔食品名 〕

13： 特になし

Q4-2 これまでに練習中や試合中に失神 (意識を失うこと) を経験したことがありますか。

1： な い 2： あ る 　（ ） 歳頃

Q５ 現在の病気やケガについておたずねいたします。

Q5-1 現在、治療または定期的に検査を受けている病気・ケガがありますか。

1： なし 2： あり 〔病名・けが 　 〕

Q5-2 現在の体調はいかがですか？

1： 良好 2： 不良 〔箇所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

Q６ 女性の方に質問です。

Q6-1 生理は順調にありますか？

1： あり 2： なし

Q6-2 生理痛はひどいですか？

1： ひどい　　　　　　 2： どちらともいえない　　　　3： ひどくない

Q７ その他、スポーツドクター、スポーツデンティストに相談したいことがあれば記載ください。

|  |
| --- |
| 直接本人宛に回答を希望する場合は＜メールアドレス＞を記入ください。 |

* この質問票に記載された個人情報は、選手の健康状態の把握の目的にのみ使用されます。
* この目的以外に使用する必要が生じた場合は、あらかじめ本人(未成年者の場合は保護者を含む)の承諾を得るものとします。