

# 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 -健康調査票-

※事前に記入いただき、診断の際に医師にお見せください

アスリート氏名: \_\_\_\_\_  
 生年月日: \_\_\_\_\_ 性別 女 男

## アスリートの症状 - (当てはまるものすべてチェック)

- 自閉症スペクトラム障害       ダウン症       脳性まひ  
 その他症候群 具体的に:

## アレルギー&食事制限

- アレルギー なし  
 ゴム製品  
 薬剤  
 虫刺され:  
 食べ物:

## アスリートが使用しているもの (当てはまるものすべてに☑を付けてください。)

- めがね・コンタクト       補助杖・歩行器       車いす  
 マウスピース       補聴器       吸入器  
 義手・義足       人工肛門・胃ろう       C-PAP  
 埋め込みデバイス       コミュニケーションデバイス       ペースメーカー

その他、特筆事項:

## 参加競技について

やってみたい競技をすべて記入:

医師からスポーツすることを制限されたことがありますか?

- いいえ       はい → 具体的に記載ください:

## 手術・感染症・ワクチンについて

過去に受けた手術をすべて記入:

アスリートは現在、急性/慢性感染症にかかっていますか?

- いいえ       はい → 具体的に記載ください:

アスリートはこれまでに心電図(ECG)や超音波(Echo)で異常が見られたことはありますか? (はいの場合、日にちと結果を記入)

- はい、心電図(ECG)に異常:  
 はい、超音波(Echo)に異常:

7年以内に破傷風ワクチンを注射しましたか?

- いいえ       はい

## てんかん・発作について

てんかん/発作の症状がありますか?       いいえ       はい

はいの場合、発作のタイプを記載ください:

はいの場合、過去一年間に発作はありましたか?       いいえ       はい

## 精神状態について

- |              |   |     |   |
|--------------|---|-----|---|
| 過去一年間の自傷行為   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | うつ病 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |
| 過去一年間の攻撃的な行為 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | 不安  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり |

その他精神面の健康上で不安なことがあればお書きください:

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 -健康調査票-

※事前に記入いただき、診断の際に医師にお見せください

以下の症状で診断された、または経験したことがありますか？

意識消失	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	高血圧	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	発作/一過性脳虚血発作	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
運動中/後のめまい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	高コレステロール	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	脳震とう	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
運動中/後の頭痛	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	視覚障害	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	ぜんそく	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
運動中/後の胸の痛み	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	聴覚障害	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	糖尿病	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
運動中/後の呼吸促迫	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	脾腫	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	肝炎	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
不規則/激しい鼓動、動悸	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	単腎	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	排尿障害	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
先天性心疾患	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	骨粗しょう症	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	二分脊髄	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
心臓発作	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	骨減少症	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	関節炎	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
心筋症	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	貧血症	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	熱中症	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
心臓弁膜症	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	鎌状赤血球症	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	骨折	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
心雑音	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	出血しやすい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	脱臼	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
心内膜炎	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	女性の場合、最終月経日:			

骨折/脱臼の場合、具体的に:

その他、現在または過去の症状をお書きください:

脊髄圧迫や環軸椎不安定性に伴う神経症状

尿や便が出にくい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいの場合、3年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
足、腕、手等の感覚麻痺や痛み	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいの場合、3年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
足、腕、手等の脱力	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいの場合、3年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
首、背中、肩、腕や手、腰、足などに するどく神経を圧迫するような痛み	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいの場合、3年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
頭位傾斜	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいの場合、3年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
けいれん	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいの場合、3年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
麻痺	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいの場合、3年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

服薬している薬、ビタミン剤、サプリメントをすべて記入してください(吸入器、避妊薬、ホルモン治療薬を含む)

薬、ビタミン剤、サプリメント	量	服薬回数/日	薬、ビタミン剤、サプリメント	量	服薬回数/日	薬、ビタミン剤、サプリメント	量	服薬回数/日

アスリート自身で服薬できますか？  いいえ  はい

過去に副作用が出た薬剤名を記載してください。

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 -健康調査票-

※事前に記入いただき、診断の際に医師にお見せください

基本的な生活習慣チェック	
1. 言葉	<input type="checkbox"/> 会話ができる <input type="checkbox"/> 単語程度での発言ができる <input type="checkbox"/> 会話はできない
2. 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 使用できる食器： <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク
3. 排泄	① 大便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 ② 小便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 失禁傾向あり
4. 衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
5. 意思伝達力	<input type="checkbox"/> 言葉で意思を伝えることができる <input type="checkbox"/> 身振りや声で伝える <input type="checkbox"/> 意思を伝えることは難しい <input type="checkbox"/> その他の方法で伝える → 具体的に：
6. 指示理解力	<input type="checkbox"/> 指示理解は可能 <input type="checkbox"/> 指示理解は可能、多少問題あり <input type="checkbox"/> 言語での表現はできないが理解はしている <input type="checkbox"/> ほとんど認められない
7. コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 成立する <input type="checkbox"/> どうにか成立する <input type="checkbox"/> ほとんど成立しない
8. 安全に行動する力 (すべてにチェック)	<input type="checkbox"/> 集団生活で特に問題はない <input type="checkbox"/> 危険な箇所を心得ている <input type="checkbox"/> 多動傾向がある <input type="checkbox"/> 行方不明になり保護された事ある <input type="checkbox"/> 常に注意が必要である <input type="checkbox"/> 自傷行為がある <input type="checkbox"/> 他傷・他害行動がある
9. 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
10. 生理の処理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
11. その他	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒

その他、特筆事項。また、アスリートの気になる行動・習慣等

記入者氏名	アスリートとの続柄	電話番号	E-mail