

(様式2)

問 診 票

氏 名() 男・女 () 歳 記入日(月 日)

1. 現在、治療中の病気・ケガ等がありますか？

ない・ある(何の病気・ケガですか？)

2. 今までにかかった病気・ケガがあれば教えてください。(○をつけてください)

- ・めまい ・ぜんそく 胃潰瘍 ・肝臓病 ・高血圧 ・心臓病 ・糖尿病 ・腎臓病
- ・食物アレルギー() ・その他()
- ・手術を受けたことがある(はい ・ いいえ)

→どんな手術でしたか？()

3. 最近1年以内に健康診断、又は病院受診したことがありますか？

(はい ・ いいえ)

4. 健康診断、又は病院受診で何か異常を指摘されましたか？

指摘内容()

5. 普段から飲んでいるお薬や健康食品などがあれば教えてください。

()

6. 今までに薬や注射で体に異常が起きたことがありますか？

(ない ・ ある)(何の薬ですか？)

どんな異常が起きましたか？(○をつけてください)

- ・発疹 ・喘息発作 ・気分不良 ・嘔吐 ・意識消失・ショック・その他()

7. 運動中または終了後、以下のような症状がでますか？(○をつけてください)

- ・動悸 ・息切れ ・不整脈 ・呼吸困難 ・胸の痛み ・圧迫感・その他()

8. スキーに対する意見(○をつけて下さい)

- ・身体活動に制限なし ・激しい運動は注意が必要 ・日常動作的運動にも注意が必要

9. 骨関節疾患の有無と心肺機能を中心とする内科的リスク(○をつけてください)

①骨関節疾患・・・変形性膝関節症・骨粗鬆症・その他()

②高血圧症・・・投薬(有・無)

③心臓病・・・投薬(有・無)(動悸・息切れ・不整脈・狭心症発作)

④糖尿病・・・投薬(有・無)(低血糖症状・感染症・骨がもろい)

⑤肝疾患・腎疾患・眼疾患

⑥その他・・・てんかん発作・けいれん発作

10. その他、留意事項があればご記入ください。

()

個人情報につきましては、名簿作成、保険加入および各種連絡等、スキー教室関連業務のみの目的で使用し、他の目的で使用することはありません。

その管理については、「(公財)島根県障害者スポーツ協会個人情報に関する要綱」に基づき適切に行い、無断で第三者に提供することはありません。