

(様式⑤)

第 20 回全国障害者スポーツ大会個人競技選手問診票

1. 氏 名 ()
2. 身 長 (cm) 体 重 (kg)
3. 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？)
4. 今までにかかった病気・ケガがあれば教えてください。
めまい ・ ぜんそく ・ 食物アレルギー () ・ 胃潰瘍
肝臓病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 腎臓病 ・ その他 ()
手術を受けたことがある (病名)
5. 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？
ない ・ ある
↓「ある」の方のみ
何のために受診しましたか？
健康診断 ・ 病気 ・ ケガ ・ その他 ()
病院受診で何か異常を指摘されましたか？ (指摘内容)
6. 現在服用中の薬や健康食品などがあれば教えてください。(詳細に)
()
内服について自己での管理ができますか。
できる ・ できない
7. 今までに薬や注射で身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？)
↓「ある」方のみ
どんな異常が起きましたか？
発疹 ・ ぜんそく発作 ・ 気分不良 ・ 嘔吐 ・ 意識消失 ・ ショック状態
その他 ()
8. 乗り物酔いはありますか？
ない ・ ある
9. 日常生活動作についてご記入ください。
日常生活全般は次のうちどれに当てはまりますか？
自立 ・ 一部介護 ・ 介護
↓「一部介護」「介護」の方は以下も記入
(①移動手段： 独歩 ・ 杖 ・ 車椅子 ・ 義足 ・ 装具 ・ 補助犬 ・ その他 ()
②食事 : 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
③更衣 : 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
④入浴 : 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
⑤トイレ : 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
⑥コミュニケーション手段 : 手話通訳 ・ 要約筆記 ・ 点字
⑦支援用具 (ホテル滞在時に必要な用具)
シャワーチェア・浴室内マット・バスボード ・ 防水シート ・ S 字フック ・ ドアストッパー)
10. 運動中または終了後、以下のような症状が出ますか？
過度の動悸 ・ 過度の息切れ ・ 不整脈 ・ 呼吸困難 ・ 胸の痛み ・ 圧迫感
その他 ()
11. スポーツ活動についてお答えください。
①スポーツ活動を (している ・ していない)
②種目と頻度 例：「陸上競技を 1 日 2 時間、週 4 日程度」
()
12. 日常生活やスポーツに関する総合所見・リスク管理上の留意点等、ご記入下さい。
()