**第24回全国障害者スポーツ大会（わたSHIGA輝く障スポ）個人競技選手　問診票**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1． | 氏名 |  | （ふりがな） |  |
| 2． | 身長 |  | cm | 3．体重 |  | kg |
| 4．  | 性別（どちらかに○） |  | 男 |  |  | 女 |
| 5． | 現在、治療中の病気・ケガ等はありますか。（どちらかに○） |
|  |  | ない |
|  |  | ある（↓に病名・ケガの内容を記入してください。） |
|  |
| 6． | 今までにかかった病気があれば教えてください。（当てはまるものに○） |
|  |  | めまい |  | ぜんそく |  | 胃潰瘍 |  | 高血圧 |
|  |  | 糖尿病 |  | 心臓病 |  | 肝臓病 |  | 腎臓病 |
|  |  | その他（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 7． | 食物アレルギーがありますか。（どちらかに○） |
|  |  | ない |
|  |  | ある（↓に食品名を記入してください。） |
|  |
| 8． | 1年以内に病院を受診しましたか。（どちらかに○） |
|  |  | ない |
|  |  | ある（↓も記入） |
|  | ⇒受診した理由で当てはまるものに○をつけてください。 |
|  |  |  | 健康診断 |  | 病気 |  | ケガ |  |
|  |  |  | その他（↓に理由を記入してください。） |
|  |  |  |
| 9． | 現在服用中の薬や健康食品等があれば教えてください。（どちらかに○） |
|  |  | ない |
|  |  | ある（↓に薬や食品の名称を記入してください。） |
|  |
| 10． | 薬の服用について自分で管理できますか。（どちらかに○） |
|  |  | できる（服用が必要になればできる） |
|  |  | できない |

（1/2）

|  |  |
| --- | --- |
| 11． | 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。（どちらかに○） |
|  |  | ない |
|  |  | ある |
|  | ⇒どんな異常でしたか。（当てはまるものに○） |
|  |  |  | 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（　　　　　　　　　　　） |
|  |  | ※薬の名称が分かれば↓に記入してください。 |
|  |
| 12． | 乗り物酔いはありますか。（どちらかに○） |
|  |  | ない |
|  |  | ある |
| 13． | 運動中または終了後、以下のような症状が出ますか。（当てはまるものに○） |
|  |  | 過度の動悸 |  | 過度の息切れ |  | 不整脈 |  |
|  |  | 胸の痛み |  | 胸の圧迫感 |  | 呼吸困難 |
|  |  | その他（症状の内容を↓に記入してください。） |
|  |  |
| 14． | 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があれば↓に記入してください。 |
|  |  |
| 15． | 移動手段について当てはまるものに○を付けてください。 |
|  |  | 独歩 |  | 杖を使用 |  | 車いすを使用 |
|  |  | 義足を使用 |  | 補助犬と移動 |  | 装具（　　　　　　　　　）を使用 |
| 16． | 以下の日常生活動作に介助は必要ですか。（各項目について当てはまるものに○） |
|  | ①食事 |  | 自立 |  | 一部介助 |  | 全介助 |
|  | ②更衣 |  | 自立 |  | 一部介助 |  | 全介助 |
|  | ③入浴 |  | 自立 |  | 一部介助 |  | 全介助 |
|  | ④トイレ |  | 自立 |  | 一部介助 |  | 全介助 |
| 17. | コミュニケーションの手段として必要なものに○をつけてください。 |
|  |  | 手話通訳 |  | 要約筆記 |  | 点字 |  | その他（　　　　　　　　　） |
| 18. | ホテルでの入浴時に必要な支援用具に○を付けてください。 |
|  |  | シャワーチェア |  | 浴室内マット |  | バスボード |  | S字フック |
|  |  | 防水シーツ |  | ドアストッパー |  | ポータブルトイレ |

（2/2）