

「体力測定」利用における提出書類について

この度は、当センターの事業にお申し込みいただき、誠にありがとうございます。

ご利用にあたり、下記の事項をお読みいただき、事前に以下の各書類の必要事項をご記入のうえ、**※利用日の一週間前必着**にて当センターへご提出ください。

※書類送付注意点：利用日の一週間前までに書類が到着しない場合には、安全上の理由から体力測定ができない場合がありますので、余裕を持ってご郵送ください。

なお、ご提出いただいた内容を当方で確認した後、持病等での測定可否等、確認の連絡をさせていただく場合がありますので、ご了承ください。

★作成・提出の流れ

以下の①～⑥をご確認いただき、②～⑥をご提出ください（※⑤は該当者のみ）。

※団体でお申し込みの方は、必ず利用者本人（未成年は保護者）へ、全ての書類をお渡しいただき、熟読していただくようお願いいたします。

※②～⑥については、以下のいずれかの方法で作成・提出してください。

- ・用紙に記入したものを郵送
- ・センターホームページから書式ファイルをダウンロード・入力したものをPDF形式でメールにて送付（宛先：体力測定担当 sokutei@ken-supu.jp）

★作成・提出書類

- ① 体力測定利用にあたって **※全員、必ず熟読してください。**
- ② 利用申請書
- ③ 個人情報票 **※適宜、用紙（シート）を必要な数だけコピーしてください。**
- ④ 問診票 **※適宜、用紙（シート）を必要な数だけコピーしてください。**
- ⑤ 学校生活管理指導表（お手持ちの）保護者用のコピーまたは医療情報提供書 1部（年度が変わったら最新のもの）
※疾患（病気・医学検査の異常）がある方（循環器（心臓等）・呼吸器（肺等：喘息）・肝臓・腎臓等）、運動制限のある方のみ
- ⑥ 同意書 **※適宜、用紙（シート）を必要な数だけコピーしてください。**

★作成・提出にあたっての注意事項（口にチェック✓を入れてご確認ください）

- 「体力測定利用にあたって」を熟読ください。
- 記入の際は**黒の消えないボールペン**をご使用ください。
- 同意書には、利用者本人の**自筆署名**が必要です。
- 同意書において利用者本人が**未成年**の場合は**保護者の自筆署名**も必要です。
- 団体指導者の方は**記入漏れ、記入間違いがないかご確認ください。**
- 提出書類②～⑥は、**利用日の1週間前（必着）**までに**原本**をご提出ください。
- 提出が遅れる際は、**必ずご連絡ください。**

その他、ご不明な点がございましたらご連絡ください。



新潟県健康づくり・スポーツ医科学センター
〒950-0933 新潟市清五郎67番地12
（デンカビッグスワンスタジアム内）
電話 025(287)8806 FAX 025(287)8807
代表E-mail sokutei@ken-supu.jp
ホームページ <https://ken-supu.jp/>

「体力測定」ご利用にあたって

「体力測定」を利用される前に、ご理解・ご注意いただきたいことを説明したものです。よくお読みいただいたうえで、わからないこと、不安なことなどがありましたら、遠慮なくお問い合わせください。

1 事業目的

スポーツ競技力向上のためには、選手の長所を伸ばし、短所を克服する効果的なトレーニングが必要です。体力測定は、様々な測定から選手の体力を知ることができ、この結果から効果的なトレーニングを計画できます。

2 個人情報の保護

個人情報は、当センターが実施する事業目的以外には利用しません。

個人情報は、本人の同意なく第三者に提供することはありません。また、第三者が閲覧できないよう、厳重に管理します。（ただし、法令に基づく場合はこの限りではありません。）

なお、取得した情報は、当センターが実施する業務に関する調査・研究にも利用させていただきますが、その際も、個人を識別できるような情報については、一切利用しません。

3 体力測定各コース料金と所要時間

申し込みいただいた体力測定コースについてご確認ください。

※体調、ケガ、体格、成長過程の状況によっては、測定ができない項目があります。

体力測定コース名		一般	生徒等	所要時間
基礎体力コース		2,200円	1,100円	半日程度
ハイパワーコース		3,300円	1,650円	半日程度
ミドルパワーコース		3,850円	1,930円	半日程度
ローパワーコース		4,400円	2,200円	半日程度
競技別パッケージコース		2,500円	1,250円	半日程度
エリートパフォーマンスコース		6,000円	3,000円	1日
競技別検診コース		2,200円	1,100円	半日程度
オプション	ローパワー追加測定	1,100円	1,100円	30分
	筋力追加測定 (BIODEX)	1,100円	550円	15分

※(公財)新潟県スポーツ協会「競技力向上事業・スポーツ医科学サポート補助事業」による補助適用後の利用料金については、別紙をご参照ください。

4 利用にあたっての注意事項

体力測定を安全に、そして正しく行うために、次のことにご注意ください。

(1) 選択されたコースによっては体に大きな負荷がかかる測定もあります。体調を整えてご利用ください。

測定中に、ごくまれに呼吸困難・心臓発作なども起こることがありますので、次のことにご注意ください。

- ① 通院中や運動制限などがある方は**主治医の許可**を得てください。
- ② 利用前日は体調を整えてください。激しい運動をさけ、軽い練習にするとともに十分睡眠をとっていただき、**疲労を残さないように**してください。
- ③ 利用当日は、**朝食を必ず**とってお越しください。必要な方は補食をお持ちください。

ローパワー測定



(2) 測定の内容を変更もしくは中止することがあります。

測定前の医師の診察や測定時に起こった体調不良によっては、希望された測定の内容を変更するか、もしくは測定を中止することがあります。医師の指示に従ってください。



(3) 検査・測定には血液を採るものもあります。

体に大きな負荷がかかる測定が含まれているコースは、**医学検査で採血をします**。また、ローパワー測定に選択または追加できる「**乳酸測定**」も**手の指に針を刺して少量の血液を採ります**。

乳酸測定



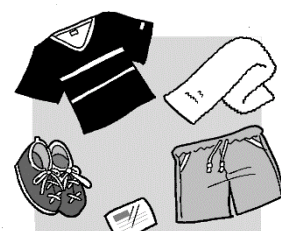
5 利用手続き

- ① 利用申請書・個人情報票・問診票・同意書に必要事項を全て**黒ボールペンで記入**して、利用日の1週間前までにセンターへ届くようにご提出ください。
- ② 利用者が未成年の場合は、**利用者本人と保護者双方の署名**が必要です。
- ③ 書類に記入もれがあった場合は、ご利用をお受けできない場合がありますので、ご提出前に必ずご確認ください。
- ④ 利用当日にも重ねて同意を確認します。なお、同意した後いつでもご利用を取りやめることができますので、遠慮なくお申し出ください。
- ⑤ 不明な点等がございましたら、担当者までお知らせください。

6 その他

(1) 持ち物

- ① 運動着（Tシャツとハーフパンツ）
- ② 長そで長ズボンなどの上着・ジャージ
- ③ 屋内用の運動シューズ
- ④ タオル、飲み物、着替え
- ⑤ **マイナンバーカード（または資格確認証）**（高校生以下は居住地の「**こども医療費助成受給者証**」）**全員分**、および当センター診療所の診察券（お持ちの方のみ）
※体力測定時に医学検査結果等により、紹介状（医療情報提供書）が発行される場合があります。
- ⑥ 測定料金
- ⑦ **医療情報提供書（紹介状）発行の場合の費用**
※現金等をお持ちでない場合、銀行振込による支払いとなり振込手数料は自己負担となります。
 - ・マイナンバーカード（資格確認証）持参の場合：1,630円（医療保険3割負担）
※高校生以下は「こども医療費助成受給者証」の提示の場合：530円
 - ・マイナンバーカード（資格確認証）を忘れた場合：全額負担（5,420円）
- ⑧ **服用薬**（ぜん息の吸入薬など運動時に薬を用いている方のみ）
- ⑨ **サポーター等の装具**（運動時に使用されている方のみ）



Copyright R.Kato(Bigswan). All Rights Reserved.

(2) 集合時間

測定申し込みの際に、集合時間をお伝えします。指定の時間までにお越しください。

(3) 駐車場

下図をご参照いただき、「新潟県スポーツ公園駐車場P1（無料）」をご利用ください。



【お問い合わせ先】

新潟県健康づくり・スポーツ医科学センター

(指定管理者 いいがた健康・スポーツ医科学ネットワーク)

〒950-0933

新潟市中央区清五郎67番地12

(デンカビッグスワンスタジアム内)

TEL 025(287)8806

FAX 025(287)8807

代表E-mail sokutei@ken-supo.jp

URL <http://www.ken-supo.jp>

※休館日 祝日を除く毎週月曜日と年末年始

基礎・ハイ・ミドル・ロー・競技別・エリート・検診
 ※ ↑ 希望コースに○(マル)印をつけてください。

科学ID	
医学ID	

個人情報票

太線枠内を消えない黒ボールペンでご記入ください。 ※の箇所は○(マル)印をつけてください。

記入日	20	年	月	日						
利用日	20	年	月	日						
利用回数	体力測定	回目(前回測定日: 20			年	月	日)			
	動作分析	回目(前回測定日: 20			年	月	日)			
フリガナ					性別					
氏名										
生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳				
住所	郵便番号	—			都・道 府・県	市・郡 区				
電話番号					携帯番号					
E-mail										

現在または最近までの競技内容についてご記入ください。

① ※すべて必ずご記入ください。

競技種目					競技開始年齢:	歳
専門種目/ ★ポジション	/				★メウのポジションを1つ、ご記入ください。 例)ピッチャー、短距離、キパー、階級など 強化指定などの項目をご選択ください。 JOC・日本オリンピック委員会指定試合の 出場経験をご選択ください。 ブロック・北信越等	
強化指定等	プロ JOC 全日本 ブロック 県 地区 無し					
出場経験	国際 アジア 全国 ブロック 県 地区 市町村 無し					
学校・企業 ・クラブ名						
ベストの成績	20	年	月	大会名:	記録成績:	
最近の成績	20	年	月	大会名:	記録成績:	
	20	年	月	大会名:	記録成績:	

② 他の競技もされている場合は、こちらにその競技をご記入ください。

競技種目					競技開始年齢:	歳
専門種目 ポジション						
強化指定等	プロ JOC 全日本 ブロック 県 地区 無し					
出場経験	国際 アジア 全国 ブロック 県 地区 市町村 無し					
学校・企業 ・クラブ名						
ベストの成績	20	年	月	大会名:	記録成績:	
最近の成績	20	年	月	大会名:	記録成績:	
	20	年	月	大会名:	記録成績:	

体力測定問診票

記入日 20____年____月____日 氏名_____

※あてはまる項目□に✓をつけてください。ない場合は必ず「なし」に✓をしてください。

必ず測定を受ける本人が記入してください。消えないボールペンで記入してください。

I 現在の身体の状態

- (1) 運動中に息が切れたり、呼吸困難感を感じたことがありますか。
 少し気になる 運動を中止したことがある しばしばあって運動が十分にできない なし
- (2) 運動中や運動後に胸の痛みを感じたことがありますか。
 時々ある しばしばある なし
- (3) 体の痛みや症状はありますか(ある場合は部位をすべて記入してください)。→例：右ひざ痛、腰痛、左足首腫れ
 部位と内容 () なし
- (4) 病気や症状で治療または定期的に通院しているものはありますか(ケガは(5)へ記入)。
 内容 () なし
 内容 ()
- (5) ケガで治療または定期的に通院しているものはありますか(部位は、左右なども記入)。
 部位 () 内容 () 受傷日 (年 月 日) なし
 部位 () 内容 () 受傷日 (年 月 日)
- (6) 常用している薬はありますか(飲み薬、塗り薬、吸入薬など)。
 薬品名 () なし
- (7) 普段使用している栄養剤・サプリメント・栄養ドリンク等(ビタミン、ミネラル、プロテイン等)はありますか。
 名称 () なし
- (8) 寝ているときにいびきをかきますか?
 時々ある しばしばある なし

II 既往歴(過去の病気やケガ)について

- (1) かかったことのある病気や症状に✓をつけてください。
 貧血 ぜんそく アレルギー性結膜炎 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 花粉症
 高血圧 不整脈 心筋炎 川崎病 リウマチ熱
 けいれん発作 てんかん 肺炎 腎炎 肝炎
 手術 () 輸血
 注射(予防接種や採血)での体調不良
 薬物アレルギー 薬品名 ()
 食物アレルギー 食品名 ()
 その他 ()
 なし

(2) 今までに学校検診や健康診断等で異常等が指摘された場合はチェックし、内容を記入してください。

- 血 圧 (例：高血圧) □なし
- 尿 検 査 (例：蛋白尿、血尿)
- 血 液 検 査 (例：貧血)
- 心 電 図 (例：不整脈)
- 心 雑 音 ())
- 呼吸機能検査 (例：ぜんそく)
- そ の 他 ())

(3) 今までに経験したケガに✓をし、傷害名に○(マル)してください。(部位は、必ず左右を記入してください)。

- じん帯^{じんしょう}損傷・断裂^{たんれつ}・捻挫^{ねんさ} 部位 () (受傷時期 20 年 月) □なし
- 骨 折 部位 () (受傷時期 20 年 月)
- 脱 臼 部位 () (受傷時期 20 年 月)
- 筋^{きん}損傷・肉離れ^{にくはなれ}・筋膜炎^{きんまくえん} 部位 () (受傷時期 20 年 月)
- 関 節 痛 部位 () (受傷時期 20 年 月)
- アキレス^{アキレス}腱断裂^{けんたんれつ}・アキレス^{アキレス}腱炎 部位 (右 ・ 左) (受傷時期 20 年 月)
- 腰 痛 () (受傷時期 20 年 月)
- そ の 他 部位と内容 () (受傷時期 20 年 月)

(4) 今までに練習中や試合中に脳しんとうや失神（意識を失うこと）を経験したことはありますか。

- 脳しんとう 失神 それは、何歳のときですか。 () 歳) □なし

Ⅲ 家族の健康状態について（あてはまる口に✓をつけてください）

	父 親		兄 姉 弟 妹				父 方		母 方	
	父 親	母 親	兄	姉	弟	妹	祖 父	祖 母	祖 父	祖 母
60歳以前に病気で急死	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高 血 圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
狭心症・心筋梗塞	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心 筋 症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
不 整 脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
マルファン症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脳 血 管 障 害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖 尿 病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脂 質 異 常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肥 満	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
が ん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ぜんそく・アレルギー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ⅳ 生活習慣について (ない場合は必ず「なし」に✓をしてください)

(1) 1日の平均睡眠時間はどれくらいですか。

約 _____ 時間 起きる時間 _____ 時 _____ 分ごろ

(2) 1日3食摂っていますか。

いる いない

(3) 喫煙していますか。

現在も喫煙 (1日平均喫煙本数 _____ 本) 過去に喫煙 なし

(4) 飲酒していますか。

飲むときの回数 週1回未満 週2~5回 週6回以上 なし

飲む量 ビール ワイン 日本酒 焼酎 酎ハイ その他 } 量 _____ ml

Ⅴ 女性のみ回答してください (ない場合は必ず「なし」に✓をしてください)

(1) はじめての生理(初潮) なし あり⇒(年齢 _____ 歳)

(2) 最終月経(一番最近の生理) 開始日 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日~ (およそ _____ 日間)

(3) 月経(生理)について

周期(何日おき) 規則的 (_____ 日周期) 不規則 無月経 (月経のない期間 _____ ケ月間)

出血量 多い 普通 少ない

痛み なし あり (生活に支障はない ・ 薬を飲む ・ 寝込む)

鎮痛薬使用 なし あり 薬品名 (_____)

婦人科で診察を受けたことはありますか。

なし あり 内容 (_____)

ホルモン剤・ピルを服用していますか。

なし あり 薬品名 (_____)

試合やトレーニングに影響を及ぼすことはありますか。

なし あり

_____/_____/_____ 医師署名 _____

西暦 年 月 日

主治医先生 御侍史

新潟県健康づくり・スポーツ医科学センター
センター長 大森 豪

体力測定の可否判断および「医療情報提供書」の作成について(依頼)

先生におかれましては、ますます御健勝のことと拝察申し上げます。

さて、貴院にて治療中の（ ）様が、当センターの「競技力向上支援 体力測定」(以下測定)への参加を希望されました。

測定では、利用者に、体温、血圧、心電図、呼吸機能検査、尿及び血液検査、医師による問診・診察等のメディカルチェックを行い、その結果に基づいて、体力測定及び競技力向上のための指導を行っております。

つきましては、先生から「体力測定(運動負荷テストを含む)」の「可否あるいは条件付可」について、判断いただくとともに、体力測定実施上の留意事項等を別添の「医療情報提供書」にて御教示いただき、本人にお渡しくださるようお願い申し上げます。(心肺機能の状況につきましては、改めて検査をお願いするものではありませんので、現在の状況をご記入ください。)

担当：小野 高志 (スポーツ科学事業)
新潟県健康づくり・スポーツ医科学センター
(指定管理者 にいがた健康・スポーツ医科学ネットワーク)
〒950-0933 新潟市中央区清五郎67番地12
(デンカビッグスワンスタジアム内)
TEL 025-287-8806 FAX 025-287-8807

新潟県健康づくり・スポーツ医科学センター
「体力測定」事業 実施負荷試験説明

1 事業目的

スポーツ競技力向上のためには、選手の長所を伸ばし、短所を克服する効果的なトレーニングが必要です。本事業では、様々な見地から選手の体力的資質を明らかにし、得られたデータを分析することにより、より効果的なトレーニング計画を立案することを目的としています。

2 検査・測定項目

以下の①&⑦+②～⑥を組み合わせたものを1日で実施します。

<p>医学検査 医師診察 ※以下③～⑤を含む 場合のみ実施</p>	<p>血液検査、尿検査、血圧・脈拍測定、肺（呼吸）機能検査、安静時心電図検査や形態計測などの様々な医学検査を行い、医師の診察によって当日の体力測定が実施可能かを判断します。</p>	
<p>① 基礎体力</p>	<p>身体組成、形態（周囲径）、姿勢、筋力（握力、背筋力、脚筋力、等）、柔軟性、関節可動域、全身反応時間、敏捷性、バランス能力、競技特性動作等を含む、基礎的・総合的な測定です。</p>	
<p>② 神経系・爆発的パワー</p>	<p>垂直跳び、立ち幅跳び、アジリティ、スプリント、メディシンボール投げ等、競技特性を加味した爆発的な最大パワーの測定を行います。</p>	
<p>③ ハイパワー</p>	<p>最大無酸素パワーを測定します。10秒間全力（高負荷）の自転車ペダリング、もしくは反復スプリントを行います。</p>	
<p>④ ミドルパワー （持続的・間欠的）</p>	<p>持続的または間欠的な筋持久力を測定します。 持続的パワー：全力の自転車ペダリングを30秒間、1回のみ行います。 間欠的パワー：全力の自転車ペダリングを1回あたり5秒間、間に20秒の休憩を挟みながら計10回行います。）</p>	
<p>⑤ ローパワー ※オプション 乳酸性作業閾値 (LT)測定</p>	<p>全身持久力を測定します。 ランニングベルト（トレッドミル）の上で速度と斜度（登り）を2分毎に漸増し、呼吸代謝装置を用いて呼気ガスから最大酸素摂取量を測定します。 乳酸性作業閾値(LT)測定は、トレッドミルの上で一定速度のランニングを3分行った後、指尖採血により血中乳酸濃度を測定します。漸次負荷を増加し、計4回測定します。</p>	
<p>⑥ 質問紙検査</p>	<p>競技特有のスポーツ傷害の既往歴や身体機能について、質問紙への自由回答形式によって評価する検査です。</p>	
<p>⑦ 栄養バランス チェック</p>	<p>事前に簡易的な食事調査に回答頂き、基本的な食傾向を把握した上で簡単なフィードバックとアスリート食の基本について説明します。</p>	

新潟県健康づくり・スポーツ医科学センター（指定管理者 にいがた健康・スポーツ医科学ネットワーク）
〒950-0933 新潟市中央区清五郎67番地12（デンカビッグスワンスタジアム内）
TEL：025（287）8806 FAX：025（287）8807
E-mail：sokutei@ken-supu.jp URL http://www.ken-supu.jp
※休館日 祝日を除く毎週月曜日と年末年始

< 医療機関を受診されている方へ >

何らかの病気や症状、障害のため医療機関を受診されている方は
主治医の「医療情報提供書」が必要です。

体力測定では、トレッドミルで限界まで走っていただく最大酸素摂取量の測定や、自転車エルゴメーターを30秒間連続もしくは5秒間断続的に漕ぐパワー測定を行います。

現在、高血圧、糖尿病、脂質異常症、心疾患（心筋梗塞、狭心症、不整脈、バイパス手術後等）、肥満、呼吸器疾患、脳血管疾患、がん、腰や膝等の関節疾患等、何らかの病気、症状、障害のため医療機関を受診している方について、積極的な運動が、可能かどうか主治医に確認していただく必要があります。

現在、医療機関を受診している

主治医にコースの運動ができるかどうかまず御相談ください。

主治医の許可が得られない。

主治医の許可が得られた。

体力測定を御辞退いただきます。
※医師からの「医療情報提供書」の記入は不要です。

体力測定担当まで、キャンセルの連絡をお願いいたします。

封書中の「医療情報提供書」に必要事項を記入してもらってください。

他の書類とともに提出してください。

※提出後、当センター診療所にて診察を受けていただきます。
また、提出のない場合、受講をお断りすることがございます。

◆問い合わせ先

新潟県健康づくり・スポーツ医科学センター（担当：体力測定）

〒950-0933新潟市中央区清五郎67-12 デンカビックスワンスタジアム内

TEL:025-287-8806 FAX:025-287-8807

E-mail sokutei@ken-supo.jp

医療情報提供書

新潟県健康づくり・スポーツ医科学センター診療所

センター長 大森 豪 宛

西暦 年 月 日

紹介元医療機関の
所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名	(男・女)	住所	
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	電話番号	()
傷病名			
既往歴及び家族歴			
治療の経過及び 検査結果等			
心肺機能の状況	心電図異常 : 有 () ・ 無		
	心エコー : 済 (所見の有無) ・ 未		
	喘息その他呼吸器疾患 : 有 () ・ 無		
現在の処方	食事指導の内容 : 塩分 g/日 摂取カロリー cal/日 その他()		
運動療法の可否	可 ・ 条件付きで可 上記判断理由(条件付きで可の場合) その他、運動実施上の留意事項があればご記入ください。		
体格	身長 (cm) 体重 (Kg)		

同意書

私は、健康づくり・スポーツ医科学センターの「体力測定」を利用するにあたり、「利用にあたって」の注意事項等及び「個人情報の保護」について十分に理解しましたので、自らの自由意思に基づき、利用することに同意します。

また、体力測定および運動負荷試験の実施に際しては、安全確保を最優先とし、事前問診、診察、検査結果ならびに測定中の身体状況に基づき、センターが定める運動負荷試験の適応・禁忌事項、中止基準および実施基準に従って、医師が運動負荷試験の中止、中断または実施しない判断を行う場合があることを理解し、その判断に従うことに同意します。

同意日： 西暦 年 月 日

(※本人自筆署名)

氏 名：

(※本人未成年の場合には保護者自筆署名)

保護者氏名：

以下はセンター職員が記入します。

確認日：西暦 年 月 日

確認者氏名：