

## 「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



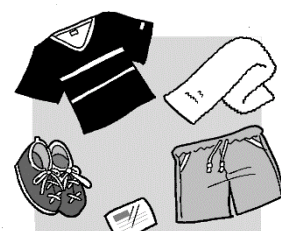
## 5 利用手続き

- 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）



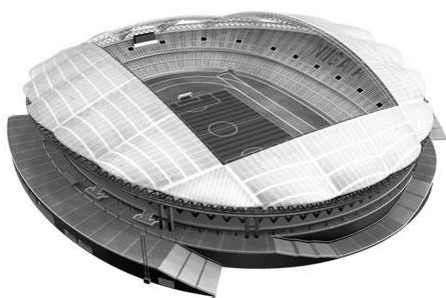
Copyright R.Kato(Bigswan). All Rights Reserved.

## (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-suppo.jp

URL <http://www.ken-suppo.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。

|        |      |               |   |   |            |   |          |  |  |
|--------|------|---------------|---|---|------------|---|----------|--|--|
| 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<br>府・県 |   | 市・郡<br>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/<br>★ポジション | /                          |   |   |      | ★メウのポジションを1つ、ご記入ください。<br>例)ピッチャー、短距離、キパー、階級など<br>強化指定などの項目をご選択ください。<br>JOC・日本オリンピック委員会指定試合の<br>出場経験をご選択ください。<br>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<br>・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<br>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<br>・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 簡易問診票

記入日 20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 氏名\_\_\_\_\_

※あてはまる項目の口に✓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(またはご家族と一緒に)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 現在の身体の状況について

- (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     時々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：右膝痛、腰痛、左足首腫れ  
 部位と内容 ( )  なし
- (4) 上記(3)のうち、定期的に通院しているものはありますか？  
 部位と内容 ( )  なし  
 ケガした・病気になった日 (      年      月      日 )

※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)は、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)をご提出ください。加えて、運動制限のある方は、主治医に測定許可をもらって下さい。医療情報提供書は、病院等にご確認ください。文書作成料等は自己負担となります。

## II 既往歴(過去の病気やケガ)について

これまでにかかったことのあるケガや病気について、ケガについては詳細(左右・部位・内容)を記入し、病気については該当するものに○をしてください。

ケガ：( )

病気：心臓系・腎臓系・呼吸器系(肺・気管支・喘息)・アレルギー・けいれん

その他( )  なし

|          |                   |              |
|----------|-------------------|--------------|
| ※スタッフ確認欄 | 日付：      /      / | スタッフ名： _____ |
|----------|-------------------|--------------|

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<br/>医師診察<br/>※以下③～⑤を含む<br/>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<br/>（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。<br/>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。<br/>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<br/>※オプション<br/>乳酸性作業閾値<br/>(LT)測定</p> | <p>全身持久力を測定します。<br/>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。<br/>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<br/>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<br>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<br>その他( )                           |           |     |
| 運 動 療 法 の 可 否    | 可 ・ 条件付きで可<br>上記判断理由(条件付きで可の場合)<br><br>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。

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： \_\_\_\_\_