|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基礎(②柔軟・③簡易トレーニング指導)※希望コースに〇(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 | 　 |
| F A X 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 | 　 | 　 | ﾒｲﾝのﾎﾟｼﾞｼｮﾝを１つだけ、ご記入ください。例）ﾋﾟｯﾁｬｰ、短距離、ｷｰﾊﾟｰ、階級など |
| 強化指定等 | JOC　全日本　ﾌﾞﾛｯｸ　県　地区　ナシ　プロ | 　 | 強化指定などの項目をご選択ください。 |
| 出 場 経 験 | 国際　ｱｼﾞｱ　全国　ﾌﾞﾛｯｸ　県　地区　市町村　ﾅｼ | 　 | 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 |
| 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 | JOC　全日本　ﾌﾞﾛｯｸ　県　地区　ナシ　プロ |
| 出 場 経 験 | 国際　ｱｼﾞｱ　全国　ﾌﾞﾛｯｸ　県　地区　市町村　ﾅｼ |
| 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　簡易問診票（新基礎②柔軟性・③トレ指導コース用）**

**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。**

1. **のの**
2. 運動中に息が切れたり、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**

1. 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**

1. 体の痛みやはありますか**(ある場合は部位をすべて記入してください)**。→例：、、

部位と内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　**□なし**

1. ケガや病気で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）。

体の場所（　　　　　　　　　）　ケガした・病気になった日（　　　年　　　月　　　日）　**□なし**

ケガ・病気の名前（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**Ⅱ　（過去の病気やケガ）について**

かかったことのあるケガや病気を**マル〇**で囲んで下さい。

　系・系・呼吸器系(肺･･)・ｱﾚﾙｷﾞｰ・けいれん・その他( )

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**□なし**

　　　　　　　　　　　/　　/　　　　医師署名

新潟県健康づくり・スポーツ医科学センター長　様

**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：