

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
FAX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			メインのポジションを1つだけ、ご記入ください。 例)ピッチャー、短距離、キラー、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 [※]	JOC 全日本 ブロック 県 地区 ナシ プロ			
出場経験 [※]	国際 ツア 全国 ブロック 県 地区 市町村 ナ			
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 [※]	JOC 全日本 ブロック 県 地区 ナシ プロ			
出場経験 [※]	国際 ツア 全国 ブロック 県 地区 市町村 ナ			
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）

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 現在の身体げんざい からだ しょうきょうの状況

(1) 運動中に息が切れたり、呼吸こきゅうこんなんかん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) 体の痛みや症しょうじょう状はありますか(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) ケガや病気で定期的ていきてき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 既往歴きおうれき（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。

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

____ / ____ / ____ 医師署名 _____

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 曆 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 曆 年 月 日

確認者氏名： _____