

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 <sup>※</sup>	JOC 全日本 ブロック 県 地区 ナシ プロ					
出場経験 <sup>※</sup>	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 <sup>※</sup>	JOC 全日本 ブロック 県 地区 ナシ プロ					
出場経験 <sup>※</sup>	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 □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) ケガや病気で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)。

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(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 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： \_\_\_\_\_