

※安静時に受診すること

## 令和8年度愛媛県国民スポーツ大会選手健康診断書

選手氏名： \_\_\_\_\_ 競技名： \_\_\_\_\_ (種目) \_\_\_\_\_ 種別 \_\_\_\_\_  
生年月日： 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 性別： 男・女  
所属： \_\_\_\_\_ 学年： \_\_\_\_\_ 年生  
現住所： 〒 \_\_\_\_\_  
電話番号： ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

### 身体所見および検査データ

#### 1. 身体所見

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg  
脈拍数 \_\_\_\_\_ 拍/分 ( 整 ・ 不整 ) どちらか○で囲む  
理学的所見 ( 異常なし ・ 異常あり ) どちらか○で囲む  
所見 \_\_\_\_\_

#### 2. 検査データ

安静時心電図 (標準12誘導心電図を添付してください。)

所見( \_\_\_\_\_ )

検尿 蛋白質判定量 ( - ・ 土 ・ + ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+ )  
糖判定量 ( - ・ 土 ・ + ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+ )  
潜血反応 ( - ・ 土 ・ + ・ 2+ ・ 3+ ・ 4+ ) ※月経中

#### 末梢血および血液生化学検査1

白血球数	/ $\mu$ l	赤血球数	$\times 10^4$ / $\mu$ l
血色素量	g/dl	ヘマトクリット	%
血清鉄	$\mu$ g/dl	M C V	f $\theta$
フェリチン	ng/ml		

#### 3. 結果

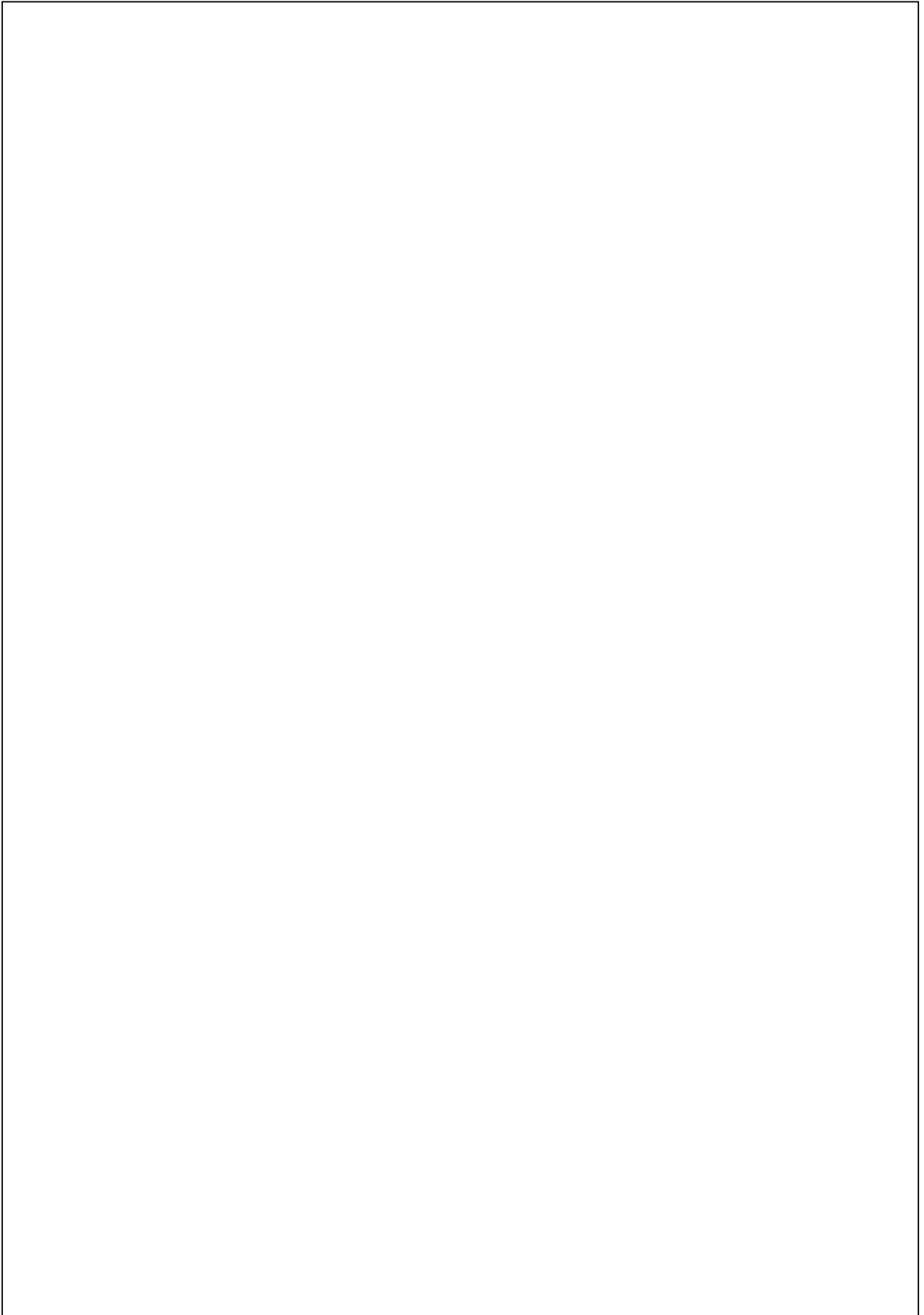
- 上記検査にて特に異常を認めなかった。  
 検査に異常を認めた。

( \_\_\_\_\_ )  
年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

診察医師署名 \_\_\_\_\_ 印

心電図貼付（コピー可）



## I 健康についての質問

各質問の回答に関しては、□にレ点を記入してください。

「はい」については、その内容を下の空欄に記入してください。（医師または本人）

1. 過去に選手のメディカルチェックで出場を制限されたことがありますか？  
□はい □いいえ
2. 現在、医者に通っていますか？  
入院したことがありますか？ □はい □いいえ  
今までに手術を受けたことがありますか？ □はい □いいえ  
（へんとうせんの手術、関節鏡検査等）
3. 何か薬を使用していますか？ □はい □いいえ  
※使用している場合は【16.服用薬記録欄】に薬の名前を書いてください。
4. 何かアレルギーはありますか？ □はい □いいえ  
※治療薬を使用している場合は【16.服用薬記録欄】に薬の名前を書いてください。
5. ぜんそくがあり、運動が苦しくなりますか？ □はい □いいえ  
※「はい」と答えた人で治療薬を使用している場合は【16.服用薬記録欄】に薬の名前を書いてください。
6. 運動で気絶したことがありますか？ □はい □いいえ  
運動でめまいを感じたことがありますか？ □はい □いいえ  
運動で胸が苦しくなったことがありますか？ □はい □いいえ  
以前に比べて疲れやすいですか？ □はい □いいえ  
血圧が高いと言われたことがありますか？ □はい □いいえ  
心臓に雑音があるといわれましたか？ □はい □いいえ  
脈がとんだり、動悸することがありますか？ □はい □いいえ  
家族や親類の中に50歳以下で突然亡くなった方がいますか？ □はい □いいえ  
川崎病と言われたことがありますか？ □はい □いいえ
7. 目の異常を感じたことがありますか？ □はい □いいえ  
コンタクトレンズや眼鏡を使用していますか？ □はい □いいえ
8. 過去1年間において皮膚に湿疹やできものがありましたか？ □はい □いいえ
9. 過去1年間において、けがで2週間以上スポーツができなかったことがありますか？  
（肩、肘、腰、膝、足、等） □はい □いいえ
10. 頭にけがをしたことがありますか？ □はい □いいえ  
気絶したことがありますか？ □はい □いいえ  
記憶が無くなったことがありますか？ □はい □いいえ  
けいれん発作を起こしたことがありますか？ □はい □いいえ
11. 熱中症（熱射病等）になったことがありますか？ □はい □いいえ
12. マウスガードをしていますか？ □はい □いいえ  
「はい」の方、歯科医院で作りましたか？ □はい □いいえ  
未治療の虫歯がありますか？ □はい □いいえ  
噛み合わせ等に不具合はありますか？ □はい □いいえ  
歯ぎしりはありますか？ □はい □いいえ
13. 耳に具合の悪いところがありますか？ □はい □いいえ

1.～13. 「はい」についての記入欄 (例：No.9 左足首ねんざで2週間休養)

--

14. 現在のコンディションについて

- 睡眠は取れていますか？  はい  いいえ
- 食欲はありますか？  はい  いいえ
- 便通はいいですか？  はい  いいえ
- 現在、たばこを吸っていますか？  はい  いいえ
- たばこを吸ったことがありますか？  はい  いいえ

15. 女性の方へ

- 月経（生理）は順調ですか？  はい  いいえ
- 月経前から月経中で競技に支障がありますか？  はい  いいえ

女性医師に相談することがありましたら具体的に記入してください。

--

16. 服用薬記録欄

・定期的に服用している薬（目薬、ぬり薬、注射等を含む）

服用月日	医 薬 品 名（フルネームで）	使用目的
/		
/		
/		
/		
/		

・症状が出た時のみ服用する薬（風邪、頭痛時、腹痛時など）

服用月日	医 薬 品 名（フルネームで）	使用目的
/		
/		
/		

・サプリメント

服用月日	商 品 名（フルネームで）	使用目的
/		
/		
/		

※国民スポーツ大会では、ドーピング検査が実施されております。ドーピング検査で、禁止物質が検出されると、制裁措置を受け、基本4年間は大会の参加などスポーツ活動に一切関わるができなくなりますので、必ず服用している薬・サプリメント等を全て記入してください。

※個人情報、健康状態及びドーピング禁止薬の確認等の業務のために利用します。