

記入日：西暦 年 月 日

スポーツ実技 安全対策カード

ふりがな			学籍番号	写真貼付 (タテ 4cm × ヨコ 3cm) 裏面のりづけ および 氏名記入
氏名				
生年月日	西暦 年 月 日生(満 歳)	携帯番号		
緊急連絡先 (携帯電話) および続柄		(続柄:)		
出身校			入試種別	
部活動歴 (学外活動含)	高校時代: 部	中学時代: 部		
	最高戦績:			
大学入学までの ブランク期間	ヶ月程度	大学で入部予定の 部活動		
1. 以下の項目について、該当するものに☑を入れてください。				
<input type="checkbox"/> 胸が締めつけられるような痛みを経験したことがある。 <input type="checkbox"/> 上記とは異なる胸の不快感 (痛みや苦しさなど) を感じたことがある。 <input type="checkbox"/> 動悸 (急激な胸のドキドキ感) や息切れがよくおこる。 <input type="checkbox"/> 過去の健康診断などで「心臓の問題」を指摘されたことがある。 <input type="checkbox"/> 不整脈・心肥大・心雑音・狭心症・心電図の不備 (異常) などを指摘されたことがある。 <input type="checkbox"/> 両親や兄弟、親族の方で突然死や原因不明の急死をされた方がいる。 <input type="checkbox"/> 過去に川崎病と指摘されたことがある。 <input type="checkbox"/> 今までに突然気を失った経験がある。 <input type="checkbox"/> 理由ははっきりとしないが「心臓に問題がある」ような気がする。				
2. 現在、痛みや違和感がある場所があれば、該当する部位に○印をつけてください。				

注1：人間科学部スポーツ行動学科の学生のみ提出

注2：網掛された項目は記入しないこと

3. 以下の項目について「はい・いいえ」のどちらかに○印をつけてください。
また、「はい」と回答した項目については、分かる範囲で詳細を記入してください。

・過去に医師から運動の制限を指示されたことがある (はい・いいえ)
「はい」と回答した方は詳細を記載してください(診断名や年月日など)

・直近1年以内に病気や怪我等で3日以上欠席をしたことがある (はい・いいえ)
「はい」と回答した方は詳細を記載してください(診断名や年月日など)

・今までに薬の服用によりアレルギー反応が出たことがある (はい・いいえ)
「はい」と回答した方は詳細を記載してください(薬品名や年月日など)

・今までに食事によりアレルギー反応が出たことがある (はい・いいえ)
「はい」と回答した方は詳細を記載してください(食材名や年月日など)

・今までに運動の実施によりアレルギー反応が出たことがある (はい・いいえ)
「はい」と回答した方は詳細を記載してください(発症時の季節や運動の種類など)

・貧血を指摘されたことがある (はい・いいえ)
「はい」と回答した方は詳細を記載してください(指摘された年月日など)

・喘息を指摘されたことがある (はい・いいえ)
「はい」と回答した方は詳細を記載してください(指摘年月日や最終の発作日時など)

・現在常用している薬がある (はい・いいえ)
「はい」と回答した方は詳細を記載してください(薬品名や使用用途など)

・現在治療中の「疾患(病気や怪我)」がある (はい・いいえ)
「はい」と回答した方は詳細を記載してください(診断名など)

4. 実技授業や部活動の実施に際して、不安な点などがあれば記入してください。

--