

メディカルチェックシート

※1～5まで記入してください。

記入日 H 年 月 日

1. プロフィール

所属学校名 _____ 学年 _____ 年生 氏名 _____

生年月日 H 年 月 日 血液型 _____ 型(Rh) ポジション・種目 _____

2. 身体組成: 身長や体重など

| | | | | | | | | | | | |
|----|-------|----|----|-------|----|------|-------|---|-------|-------|----|
| 身長 | _____ | cm | 体重 | _____ | kg | 体脂肪率 | _____ | % | 除脂肪体重 | _____ | kg |
|----|-------|----|----|-------|----|------|-------|---|-------|-------|----|

3. 競技歴: これまでのスポーツの経験(種目・年数)

例: 野球・5年

4. 既往歴: 過去にスポーツに関連して受傷したケガの診断名・時期・原因・現在の状態

例: 右膝前十字靭帯再建・高1の6月・練習中に相手と接触・1

※現在の状態: 0(痛みがない)、1(痛みがあるがプレーできる)、2(痛みがありプレーできない)

5. ケガについて

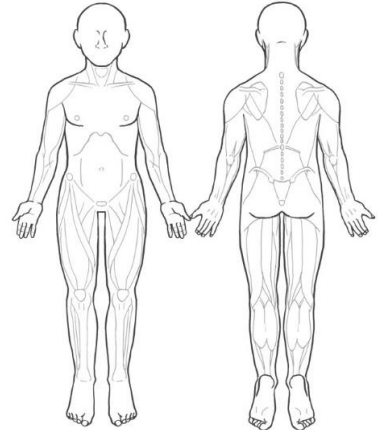
部位:

動作:

いつから:

どう痛いか:

※痛みのある部位に○を記入



6. 関節弛緩性テスト: 関節の緩みのテスト、左右陽性なら1点、片側なら0.5点

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|-----|---|-----|---|----|---|-----|---|-----|---|-----|---|
| 肩関節 | 点 | 肘関節 | 点 | 手関節 | 点 | 脊柱 | 点 | 股関節 | 点 | 膝関節 | 点 | 足関節 | 点 |
| | | | | | | | | | | | | 合計 | 点 |

7. アライメントチェック: 骨の配列などの角度や距離

| | | | | |
|----------------------|---------------|-----|---------|------|
| Carrying Angle ° / ° | Q-angle ° / ° | 脚長差 | cm | 体幹側彎 |
| O脚・X脚 | | cm | 足部チェック: | |

8. タイトネステスト: 筋の柔らかさのテスト

| | | | | | | |
|-----------|-----|---------|--------|----|--------|---------|
| SLR ° / ° | HBD | cm / cm | FFD | cm | Thomas | cm / cm |
| 体幹前屈: | | | 股関節内旋: | | | |

9. トレーナー備考欄: 実施した整形外科的テストやHOPSなど

担当 _____

※ このメディカルチェックシートは選手の健康状態について確認するもので、監督・コーチ・トレーナー・医師などが選手をサポートする上で参考とするものです。決して個人情報が開示されることはありませんので、正直かつ正確に記入してください。

1. 現在、慢性疾患を患っていますか。(喘息、糖尿病など)薬を服用している場合は12に記入してください。
いいえ はい _____
2. 過去に大病を患ったことはありますか？
いいえ はい _____
3. 手術をしたことはありますか？
いいえ はい _____
4. 心電図に異常や、心臓の雑音などを含め、心臓に問題があると言われたことがありますか？
いいえ はい _____
5. 高血圧だと言われたことがありますか？薬を服用している場合は12に記入してください。
いいえ はい _____
6. 運動中に胸が苦しくなる、または息切れがひどくなることはありますか？
いいえ はい _____
7. めまいを起こしたり、失神したりしたことはありますか？
いいえ はい _____
8. 両親、兄弟、姉妹に、以下の病気の人がいますか？該当するものに○をつけてください。
突然死・高血圧・心臓病・脳卒中・糖尿病・結核・肝炎
9. 脳震盪を起こしたことはありますか？「はい」の場合その時期・経過も記入してください。
また、最近起こった脳震盪はいつでしたか？それぞれ練習・試合を禁止された期間も記入してください。
いいえ はい _____
一番最近 _____
10. 熱中症を起こしたことはありますか？
いいえ はい _____
11. 薬、花粉、虫刺され、食べ物などでアレルギーや蕁麻疹が出ることはありますか？
いいえ はい _____
12. 現在、服用している又は今後服用予定のある薬(市販薬・処方薬)やサプリメントはありますか？
「はい」の場合は薬品名(サプリメント名)とメーカー名を記入してください。
13. いいえ はい _____
14. よく通院している病院、治療院(整骨院など)はありますか？又それはどこですか？

15. その他、気になる事があれば記入してください。

