

2019 新体操トライアウト

『健康診断個人票』の提出について

「①シニア団体」のトライアウトを受けられる方は全員、『健康診断個人票』と『個人情報取り扱いに関する同意書』を提出してください。

診断個人票は、ご自身で記載する物ではなく医師に記載いただくものです。

医療機関によって様式が異なるかと思いますが、提出いただきたい内容が網羅されていればそれでも構いません。医師のサインは必ずもらってください。

提出日：トライアウト当日提出

提出物：①健康診断個人票 ②個人情報同意書

＜記入例＞

新体操シニア用

健康診断個人票

氏名	生年月日	年 月 日	検診年月日	年 月 日
	競技開始年齢 歳		年齢 歳	
既往歴			血圧	/ mmHg
			安静時心拍数	/min
現在治療中のけが・疾患の有無	無し・有り (有の場合)		血液検査	WBC
				RBC
				Hb
				Hct
				AST
アレルギーの有無	無し・有り (有の場合)			ALT
				γ GTP
月経の有無	有 (初潮年齢 歳) ・ 無			BUN
				Cr
				CPK
	定期的 ・ 不定期		血糖値	
自覚症状			尿検査	異常なし・あり
他覚症状			心電図検査	異常なし・あり
			その他の検査	



自覚症状・・・何か不調を訴えるようなことがあれば記載して下さい。
 他覚症状・・・検診者の自覚症状を受けて、医師が診察した所見を記載する形になるのが一般的です。

いずれも医師が問診した時に訴えがあればそれを受けて記載する形になります。
 例①＞「頭痛」、「頸部痛」などとなった場合
 他覚症状：「四肢腱反射異常なし」や「神経学的所見正常」「筋力低下なし」などが入ったりします。

例②＞
 自覚症状：「左足関節痛」
 他覚症状：「左足関節不安定性」あり、「靭帯部分に圧痛あり」など
 もし異常がある場合には疑い診断名などが入る場合があります。

健康診断個人票

氏名	生年月日		年	月	日	検診年月日	年	月	日	
	競技開始年齢				歳	年齢	歳			
既往歴						血圧	/		mmHg	
						安静時心拍数	/min			
現在治療中のけが・疾患の有無	無し・有り (有の場合)					血液検査	WBC			
							RBC			
							Hb			
							Hct			
							AST			
アレルギーの有無	無し・有り (有の場合)						ALT			
							γGTP			
月経の有無	有 (初潮年齢 歳) ・ 無						BUN			
							Cr			
							CPK			
	定期的 ・ 不定期					血糖値				
自覚症状						尿検査	異常なし・あり			
						心電図検査	異常なし・あり			
他覚症状						そのほかの検査				
身長	cm					備考：運動上の注意点・制限など				
体重	Kg									
BMI										
聴力	右	問題あり・なし								
	左	問題あり・なし								
胸部 X 線	正常 異常 ()					医療機関所在地				
						医療機関名				
脊椎 X 線	正常 異常 側弯・分離症・その他 ()					医師名				
							印			

個人情報の取り扱いに関する確認同意書

公益財団法人日本体操協会 御中

私は、新体操トライアウトにあたり、公益財団法人日本体操協会が私の個人情報を以下の範囲で利用することについて同意します。

個人情報の利用目的

取得した個人情報は、以下の目的のために利用します。

- ① 新体操トライアウトの基礎資料とするため。
- ② 必要される諸手続きにかかる事務作業のため。
- ③ 育成・強化にかかる分析・検証のため。

個人情報の第三者提供

取得した個人情報は、以下の場合を除き、本人の同意を得ずに第三者に提供することはありません。

- ① 法令に基づく場合
- ② 生命・身体・財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき

令和 年 月 日

住所 _____

本人署名 _____

<本人が未成年者の場合>

住所 _____

親権者署名 _____ (続柄 _____)