

予備健康検査表

この文書に開示されている内容は厳密な秘密情報であり、医師と患者の関係以外の第三者に知られてはならない内容です。
 メディカルチェックの結果は選手およびその法定代理人にのみ通知されます。
 この文書を改ざん、配布および複製することは厳重に禁止されています

氏名	
所属協会	日本ボート協会
生年月日	
住所	
電話番号	
メールアドレス	

病歴

	はい	いいえ
1 運動時に意識が遠のいたり、気を失ったりしたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 胸部絞扼感(胸をしめつけられる感じ)を経験したことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 走っているときに胸部絞扼感を経験したことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 スポーツに支障を来すほどの胸部絞扼感や咳、喘鳴を経験したことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 喘息で入院したり治療を受けたりしたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 けいれん発作を起こしたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 てんかんがあるといわれたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 健康上の理由からスポーツを止めるように忠告されたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 高血圧を指摘されたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 高コレステロール血症があるといわれたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 体を動かした後に呼吸しづらくなったり、咳をしたりすることがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 運動中やその後に、めまいを感じたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 運動中やその後に、胸痛を感じたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 脈が速くなったりとんだりしたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 運動をすると友人たちより早く疲れてしまいますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 心雑音を指摘されたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 不整脈を指摘されたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 心臓に何か問題がありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 最近1カ月以内に重いウイルス感染症(心筋炎や単核球症など)にかかりましたか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 リウマチ熱にかかったことがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 アレルギーがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 現在服薬中ですか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 過去2年の間、常用していた薬はありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族歴(50歳以下の家族で下記に該当する人がいますか?)		
24 突然死	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 繰り返す失神で治療を受けている。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 原因不明のけいれん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 水泳中に理由もなく溺れた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 不可解な交通事故	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 心臓移植	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 ペースメーカーまたは除細動器の植え込み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 不整脈で治療を受けている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 心臓の手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 乳幼児突然死	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 マルフアン症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

以上の内容が正確で誤りのないことを確認いたしました。