（様式２）

問　診　票

　氏　名（　　　　　　　　）　男・女　（　　　）歳　　記入日（　　月　　日）

１．現在、治療中の病気・ケガ等がありますか？

ない・ある（何の病気・ケガですか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．今までにかかった病気・ケガがあれば教えてください。（○をつけてください） 　・めまい　・ぜんそく　・食物アレルギー（　　　　　　　　）・胃潰瘍　・肝臓病　　・高血圧　・心臓病　・糖尿病

・腎臓病　・その他（　 　　　　　　　　　　　）

・手術をうけたことがある（何の？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．最近１年以内に健康診断、又は病院受診したことがありますか？

　　ない・ある（何のために受診しましたか？○をつけて下さい）

・健康診断　・病気　・けが　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　病院受診で何か異常を指摘されましたか？

指摘内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４．普段から飲んでいるお薬や健康食品などがあれば教えてください。

（ ）

５．今までに薬や注射で体に異常が起きたことがありますか？

ない・ある（何の薬ですか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　）

どんな異常が起こりましたか？（○をつけてください）

・発疹　・喘息発作　・気分不良　・嘔吐　・意識消失・ショック・その他（　　　　）

６．運動中または終了後、以下のような症状がでますか？（○をつけてください）

・動悸　・息切れ　・不整脈　・呼吸困難　・胸の痛み　・圧迫感・その他（　　　　）

７．スキーに対する意見（○をつけて下さい）

・身体活動に制限なし　・激しい運動は注意が必要　・日常動作的運動にも注意が必要

８．骨関節疾患の有無と心肺機能を中心とする内科的リスク（○をつけてください）

①骨関節疾患・・・変形性膝関節症・骨粗鬆症・その他（　　　　　　　　　　　　　）

②高血圧症・・・・投薬（有・無）

③心臓病・・・・・投薬（有・無）（動悸・息切れ・不整脈・狭心症発作）

④糖尿病・・・・・投薬（有・無）（低血糖症状・感染症・骨がもろい）

⑤肝疾患・腎疾患・眼疾患

⑥その他・・・・・てんかん発作・けいれん発作

９．その他、留意事項があればご記入ください。

個人情報につきましては、名簿作成、保険加入および各種連絡等、スキー教室関連業務のみの目的で使用し、他の目的で使用することはありません。

その管理については、「（公財）島根県障害者スポーツ協会個人情報に関する要綱」に基づき適切に行い、無断で第三者に提供することはありません。