



***Special Olympics***  
***Nippon***  
***Fukushima***

スペシャルオリンピックスへようこそ  
(入会申込セット：Web 用)

スペシャルオリンピックス日本・福島 事務局  
〒963-0102 福島県郡山市安積町笹川字経坦 52 (総合児童発達支援センターアルバ)  
TEL : 024-945-0369 FAX : 024-945-0379  
URL : <http://son-fukushima.jp> E-mail : [son\\_fukushima@son.or.jp](mailto:son_fukushima@son.or.jp)

スペシャルオリンピックス日本・福島

スポーツトレーニングプログラム参加同意書

私は、スペシャルオリンピックス日本・福島が実施するスポーツトレーニングプログラム（以下スポーツプログラムと称す）にアスリートとして参加するにあたり、下記事項に同意いたします。

1. 私は、医師による正式な健康診断を受けてその結果を提出し、スポーツプログラムに参加するものであり、スポーツプログラム及びそれに付随する活動に参加するにふさわしい身体状況であることを認めます。また、本活動に参加するのは、私の自発的な意思によります。
2. 私は、スポーツプログラム及びそれに付随する活動に参加中、病気やケガで緊急に治療が必要な場合は、最寄りの医療機関にかかることを同意いたします。
3. 私は、スポーツプログラム及びそれに付随する活動に参加中の病気やケガについては、私の健康保険を利用し、スペシャルオリンピックス日本・福島が掛けた保険の範囲での補償以外の賠償を、スペシャルオリンピックス日本・福島ならびにボランティア、その他の関係者に対し求めません。

上記事項に同意し、参加します。

20 年 月 日

アスリート氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日（西暦） \_\_\_\_\_ 年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄（ \_\_\_\_\_ ）

住所  
〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

## アスリートメディカルチェックフォーム

		記入日		年	月	日
ふりがな アスリート名				I D	事務局記入	
生年月日	年	月	日 ( )歳			
障害の種別	<input type="checkbox"/> ダウン症 (特記事項 ) <input type="checkbox"/> 自閉的傾向 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に )					

記入者氏名 \_\_\_\_\_

アスリートとの続柄 \_\_\_\_\_

スペシャルオリンピックスにおけるメディカルチェックについて
-------------------------------

### 1. メディカルチェックとは

メディカルチェックとは、スペシャルオリンピックス(以下 SO という)活動に参加する、アスリートに関する生活及び身体・健康状態の情報収集の総称を指します。

### 2. メディカルチェックの目的

SO は、以下に掲げる目的のもとにメディカルチェックを実施します。尚、メディカルチェックは、当該スポーツプログラム参加の適否や疾病発見、健康診断目的で実施するものではありません。

- (1) アスリートの安全確保のため、事前に安全を脅かす身体的、生理的及び心理的要因の把握すること
- (2) 参加プログラムでのトレーニング上の目安、注意事項など(運動負荷、強度、コミュニケーションのとり方、補助の程度など)必要最小限の生理的、医学的情報を担当コーチに提供すること
- (3) 事故発生時に医師が迅速な対応が出来るよう、医療情報を提供すること

### 3. メディカルチェックの提出時期及び情報更新

メディカルチェックに関する書類(アスリートメディカルチェックフォーム、健康診断書、その他指定されたもの)は、入会時に提出が必要です。以降、1年に1度は情報の見直しを行う他、記載内容に追加変更が生じた場合には速やかに申し出、更新を行うものとします。

## 1. 健康診断書添付

添付診断書の種類について、該当するものにチェックを入れてください。

- 所属学校で実施した健康診断の診断書(内科検診票に相当するもの/コピー含)
- 所属、勤務先で実施した健康診断の診断書(コピー含)
- 病院、医療機関、検診センターなどで実施した健康診断の診断書(コピー含)

本票(アスリートメディカルチェックフォーム)提出の際には、健康診断書を添付してください。入会後も、定期的に健康診断を実施し、診断書を提出していただきます。提出頻度、様式は次のとおりです。

年齢区分	提出頻度	様式	備考
18歳未満	1回/1年	以下よりいずれか1つ ・学校で受診した際の健康診断書 (内科検診票に相当するもの/コピー含)	アスリートの年齢、生活状況にかかわらず、毎年1回健康診断を受診することを推奨します
18歳以上	1回/3年	・所属、勤務先で受診した際の健康診断書(コピー含) ・病院などで受診した際の健康診断書(一般コース可) ・SON・地区組織指定様式の診断書	

## 2. 基本的な生活習慣チェック

該当箇所をチェックを入れてください。

### 1. 言葉

- 話しことばがある
- 単語程度でのやりとりができる
- 話しことばはない

### 6. 意思を伝達する力

- 言葉で意思を伝えることができる
- 身振りや声で伝える
- その他の方法で伝える

(方法:

- 意思を伝えることは難しい

### 2. 食事

- 自立
- 一部介助
- 全面介助
- 使用できるものは
  - 箸
  - スプーン
  - フォーク

### 7. 指示を理解する力

- 指示理解は可能
- 指示理解は可能、多少問題あり
- 言語での表現はできないが理解はしている
- ほとんど認められない

### 3. 排泄

- |                               |                                 |
|-------------------------------|---------------------------------|
| ① 大便                          | ② 小便                            |
| <input type="checkbox"/> 自立   | <input type="checkbox"/> 自立     |
| <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 一部介助   |
| <input type="checkbox"/> 全面介助 | <input type="checkbox"/> 全面介助   |
|                               | <input type="checkbox"/> 失禁傾向あり |

### 8. 人とのコミュニケーション

- 成立する
- どうか成立する
- 特定の人とならどうか成立する
- ほとんど成立しない

### 4. 衣服の着脱

- 自立
- 一部介助
- 全面介助

### 9. 安全に行動する力

- 集団生活で特に問題はない
- 危険な箇所を心得ている
- 多動傾向がある
- 行方不明になり保護された事ある
- 常に注意が必要である
- 自傷行為がある
- 他傷・他害行動がある

### 5. 生理の処理

- 自立
- 一部介助
- 全面介助

### 10. その他

- 喫煙

11. その他アスリートの気になる行動などについて具体的にご記入ください。

アスリート氏名 \_\_\_\_\_

### 3. 健康状態／既往歴等チェック

以下の項目において、Yes/No のどちらか当てはまる方にチェックを入れてください。

Yes	No	チェック項目	Yes	No	チェック項目
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アレルギー 対象物:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	環軸椎亜脱臼			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	高血圧			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	糖尿病			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発作経験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	消化器系
		○てんかん (最終発作年月 )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(例:便秘しやすい、下痢しやすい) 腹痛を起こしやすい
		○喘息 (最終発作年月 )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	コンタクトレンズ、めがね使用
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	難聴、補聴器使用
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	血友病、凝固異常と言われたことあり			

その他病歴がある場合は記入してください。

時期	病名	申し送り事項 (現在も注意が必要な点など)

現在、かかりつけの病院がある方は記入してください。

病院名 \_\_\_\_\_ 病院 TEL \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

### 4. 常用薬

服用中の薬があれば、以下欄に記入してください。

薬剤名	1日の回数／内服時間	服用法

アスリート氏名 \_\_\_\_\_

## 5. スポーツ事故歴

これまでにスポーツを行う中で、怪我などの事故が発生したことがある場合は以下に記入してください。

## 6. その他事項

その他、スペシャルオリンピックスに参加するにあたり、配慮が必要な点やご要望を記入してください。

### ※ 個人情報の取り扱いについて

本票記載の個人情報については、スペシャルオリンピックスの活動運営のために利用するものであり、その他の目的には一切利用いたしません。

### ※ 本票控え保管について

本票提出にあたっては、コピーをとり記入者控えとして保管してください。

## アスリートメディカルチェックフォーム更新票

前年度提出の情報より追加・修正がある場合は、該当箇所を記入してください。（※箇所は必須記入項目です）  
本票提出にあたっては、コピーをとり記入者控えとして保管してください。

記入日 年 月 日

ふりがな アスリート名				I D	事務局記入
生年月日	年 月 日 ( )歳	性別	男 女		
住所	〒				
緊急連絡先	ふりがな 氏名			電話	
	E-Mail (P C)				
	E-Mail (携帯)				

※ 記入者氏名 \_\_\_\_\_ アスリートとの続柄 \_\_\_\_\_

## 1. 追記・修正事項

昨年1年間を振り返り、特記事項がありましたら記入してください。

項目	時期	内容
基本的な生活習慣		
病気		
怪我・事故		
常用薬		
その他		

## 2. 現在かかりつけの病院 (前回提出と変更がある場合)

病院名 \_\_\_\_\_ 病院 TEL \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

## 3. ※ 健康診断書添付

- 添付あり (以下の該当項目をチェックしてください)       添付なし (前回提出年 \_\_\_\_\_ 年)
- 所属学校で実施した健康診断の診断書(内科検診票に相当するもの/コピー含)
  - 所属、勤務先で実施した健康診断の診断書(コピー含)
  - 病院、医療機関、検診センターなどで実施した健康診断の診断書(コピー含)

## 個人情報の取り扱いについて

本票記載の個人情報については、スペシャルオリンピックスの活動運営のために利用するものであり、その他の目的には一切利用いたしません。

# トレーニング参加カード

アスリート氏名:

スポーツ名:

期 間:                    年                    月                    日 ~                    年                    月                    日

	実施日	出席印	今日の健康等の様子 ※
1	/		
2	/		
3	/		
4	/		
5	/		
6	/		
7	/		
8	/		
9	/		
10			

※ここの一週間の食欲、睡眠(良・不良)、発作の有無、3日以内の予防接種、特記事項などをご記入下さい。

※個人情報の取り扱いについて  
 本用紙記載の個人情報については、スペシャルオリンピックスの活動運営のため

アスリート、ファミリーの皆様

スペシャルオリンピックス日本福島事務局

### アスリートを対象とした保険加入について

保険の加入については任意ですが、万が一に備え、保険への加入をお勧めしております。スペシャルオリンピックス日本・福島としては、下記の保険の加入受け付けをしておりますので、ご希望の方は、プログラム参加申込書と一緒に送ってください。すでに個人等で加入している保険がスペシャルオリンピックスの活動も対象としており、その内容で十分と本人（保護者）が判断される場合は、新たに加入される必要はありません。

記

#### スポーツ安全保険

(詳細は、<http://www.sportsanzen.org> をご覧ください)

加入対象	子ども ※「子ども」とは「 <u>中学生以下並びに特別支援学校高等部の生徒</u> 」をいいます。	大人 高校生以上
区分名	区分 A1	区分 C
対象となる事故の範囲	団体活動中とその往復中	団体活動中とその往復中
掛け金	(1人につき年額):800円	(1人につき年額):1,850円
主な内容	傷害保険(死亡2000万円, 後遺障害 3000万円, 入院一日 4000円, 通院一日 1500円) 賠償責任保険(身体・財物賠償合算:1事故 5億円, ただし身体賠償は1人1億円) 共済見舞金(突然死 180万円)	傷害保険(死亡2000万円, 後遺障害 3000万円, 入院一日 4000円, 通院一日 1500円) 賠償責任保険(身体・財物賠償合算:1事故 5億円, ただし身体賠償は1人1億円) 共済見舞金(突然死 180万円)

(切り取り線)

#### スポーツ安全保険申込書

				提出日	年	月	日
氏名	生年月日	年齢	性別	区分	掛け金		
			<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 中学生以下の児童生徒 <input type="checkbox"/> 特別支援学校高等部の生徒	<input type="checkbox"/> 800円		
			<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大人	<input type="checkbox"/> 1,850円		

※区分、掛け金の欄の中から一つ選んで□にチェックしてください。

※掛け金は申込確認後、後日徴収いたします。