

## RSA スクール検診 問診票

問診票記載日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記載者名: \_\_\_\_\_ (スクール生との関係 \_\_\_\_\_)

必要時希望連絡先: ① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_

以下スクール生に関して

氏名 : \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 生年月日 : 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

校名 : \_\_\_\_\_ 学年 : \_\_\_\_\_

以下いずれかの項目該当の場合、合宿時など適宜保護者から学年主任コーチへお知らせをお願いします。

① 外傷の既往歴 (骨折・脱臼 etc.)

なし あり

→『あり』の場合 i)受傷日/ii)診断名/iii)治療内容 (手術・ギプス・その他) /iv)通院先/v)外傷の現状 など記入

② かかったことのある 又は 現在治療中の病気 (喘息など)

なし あり (病名 \_\_\_\_\_ かかりつけ医療機関 \_\_\_\_\_)

③ アレルギー (食物 etc.)

なし あり (具体的に \_\_\_\_\_)

④ 日頃の使用薬

なし あり (薬品名 \_\_\_\_\_)

④ 心臓病の問診 (該当すれば丸をつけてください)

失神 ・ めまい ・ 息切れ (チームメイトより疲れやすい) ・ 胸が痛い または 圧迫される

高血圧 ・ 動悸がする ・ 近親者に 50 歳以下で突然死した人がいる ・ 糖尿病

⑤ その他 (何かあれば記載ください)

【検尿】 蛋白 (-) (+++++) 糖 (-) (+++++)

潜血 (-) (+++++) pH 4 5 6 7 8 9 WNL / 所見

【聴診】 WNL / 所見

【コメント】