

診断書（1）（医師記入のこと）

氏名： _____ ； 生年月日： 昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

<現症>

身長： _____ cm 体重： _____ Kg 体温： _____ °C 脈拍： _____ 拍/分

血圧： _____ / _____ mmHg

身体的所見（必要に応じて右の身体図を利用して下さい）

異常所見の有無 異常所見の内容

顔面 なし あり _____

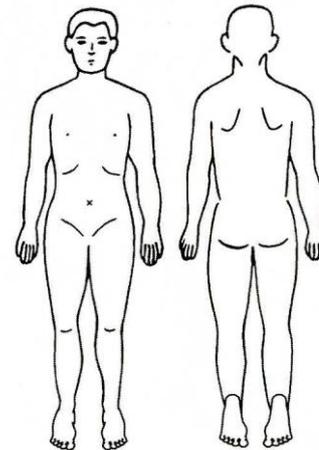
口腔 なし あり _____

頸部 なし あり _____

胸部 なし あり _____

腹部 なし あり _____

四肢 なし あり _____



<臨床検査所見>

心電図検査	所見： _____ <small>（検査結果の原本またはコピー提出）</small>						精査の必要（無・有）	
胸部 X 線	所見： _____						精査の必要（無・有）	
肺機能検査	所見：— 検査不要 %VC _____ FEV1.0% _____ <small>（検査結果の原本またはコピー提出）</small>						精査の必要（無・有）	
尿 検 査	蛋白	()	糖	()	潜血	()		
血液検査	赤血球	()	ヘモグロビン	()	ハマトクリット	()	白血球	()
	血小板	()	MCV	()	MCH	()	MCHC	()
生化学検査	AST (GOT)	()	ALT (GPT)	()	γ-GTP	()	ALP	()
	LAP	()	コリンエステラーゼ	()	CK	()	中性脂肪	()
	HDL コレステロール	()	LDL コレステロール	()	総コレステロール	()	総蛋白	()
	アルブミン	()	尿素窒素	()	クレアチニン	()	尿酸値	()
	血清鉄	()	空腹時血糖値	()	HbA1c (NGSP)	()	CRP	()
	フェリチン	()	Na	()	K	()	Cl	()
	Ca	()	P	()				
その他先生が重要と考えられる検査所見					()			

※異常値について、貴施設での正常値より低値の場合は↓、高値の場合は↑を付記して下さい。 [例：AST(68↑)]

※原則として心電図および呼吸機能検査結果用紙を添付ください。

コメント備考欄	_____
---------	-------

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名・住所・電話番号

医師名： _____

印

* 本調査用紙・診断書は、公益財団法人日本スポーツ協会作成の国体参加選手のメディカルチェック用診断用紙の一部を障がい者用に改変して使用しております。提出された情報は、JPC での選手強化に関する目的にのみ使用致します。

診断書（2）（医師記入のこと）

氏名： _____ ; 生年月日： 昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ その他、原疾患と合併症について御記載下さい。特に、選手の障がい内容や合併症などに応じて前頁検査項目以外の検査を施行されましたら、その結果の記載をお願い致します。

※ 褥瘡がある場合、以下をご記入ください。

状態： () 現在褥瘡がある
() _____ 年 _____ 月ごろ治癒

予防策（除圧・クッション使用等）： _____

* その他、必要な項目について記載をお願いします。

ご診断に基づき、以下の2点について適否のご意見をお願いいたします。海外渡航、大会参加の最終決定については、協会の医学委員会が行い、その責任を負います。ご判断に迷われることもあるかも知れませんが、率直なご意見をお願い致します。

- ① 選手の海外渡航について 適 ・ 不適 (いずれかに○)
② スポーツ選手としての大会参加 適 ・ 不適 (いずれかに○)

上記についてのコメント

(上記①②について、不適とされた場合には、その理由等をご記入下さい)

[_____]

_____ 年 _____ 月 _____ 日 医療機関名・住所・電話番号（可能なら連絡可能な Email アドレス）

医師名： _____ 印