

International Bowl 2020 選手メディカルアンケート

※このアンケートについては、公益社団法人アメリカンフットボール協会（以下、Jafa という）が責任をもって管理します。

ふりがな

氏名 _____ 所属チーム _____ ポジション _____

年齢 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ Kg コンタクトレンズ 無・有 _____ 血液型 _____ 型 (Rh+・-)

1. あなたの今までの主な既往歴（骨折、捻挫、脱臼などのケガ）をお知らせください。 ※書ききれない場合は裏面に記入

受傷日	部位	診断名／傷害名	受傷状況	手術有無	現在のプレーへの影響
例) 2014.9	右膝	前十字靭帯損傷	①試合中・練習中 その他	無・有 ○○病院, ○○先生	無・有
			試合中・練習中 その他	無・有	無・有
			試合中・練習中 その他	無・有	無・有
			試合中・練習中 その他	無・有	無・有
			試合中・練習中 その他	無・有	無・有

2. 今まで救急搬送されたり、手術や検査、治療を受けたことがある内科疾患をお知らせください。

例) 喘息、不整脈、熱中症、過呼吸、高血圧、糖尿病など

時期	疾患名	時期	疾患名

3. 脳震盪、あるいはプレー中のコンタクト等による頭痛の経験はありますか？ 無・有

※ 頭痛経験のある選手のみお答え下さい。

①いつ頃の発症ですか？（発症回数が2回以上の人は、どのくらいの頻度で起こりますか？）

_____年 _____月頃 _____（1ヶ月・1シーズン）に _____回 程度

②頭痛発症の際、精密検査を受けましたか？ 無・有（X線／CT／MRI／その他 _____）

③検査結果について、医師から何か診断はありましたか？ 特に無し・有 _____

4. バーナーシンドロームについてお答え下さい。

①過去1年間で何回くらい受傷しましたか？（昨年の春シーズンから）

全く無し・右 _____ 回位 / 左 _____ 回位

②受傷回数が2回以上の人は、1回目以降どれくらいの頻度で受傷しましたか？

ほぼ毎日・週に一度・月に一度・それ以上の間隔をあけて

③症状が消失してからどれ位経ちますか？ 年 ヶ月位・現在も続いている

④一番重症と思われる症状の時、しびれ痛み等が消失するまでにどのくらいの日数を要しましたか？

日位

5. 現在プレーにおいて、テーピング、ブレース等を必要としていますか？

必要としている方は、その内容を書いて下さい。

部位	理由（傷害名等）	内容	
			試合のみ・練習のみ 試合、練習両方
			試合のみ・練習のみ 試合、練習両方
			試合のみ・練習のみ 試合、練習両方
			試合のみ・練習のみ 試合、練習両方

6. 本人連絡先 TEL (携帯) _____ mail : _____ @ _____

7. 緊急連絡先（家族など）

氏名： _____ (続柄： _____) TEL (自宅・勤務先) _____

mail : _____ TEL (携帯) _____

メディカルスタッフ記入欄

日本アメリカンフットボール協会 殿

上記アンケート記述内容に相違ありません。当プログラム活動期間中に傷害が発生した場合、本人の承諾に基づき、会場に配置された医師または医療機関による可及的速やかな処置が行われることを認めます。また、予防的処置あるいはコンディショニングが、本人の承諾に基づき、トレーナーから実施されることを了承します。なお、緊急を要する事態が発生した場合、緊急連絡先に速やかにご連絡ください。

2019年 月 日

選手署名 _____

選手保護者署名 _____