# *SPORTS PHYSICAL EXAMINATION*　スポーツ健診

**7, 8, 10, 11**と**12**年生用

新入生、6年生と9年生はHealth HistoryとPhysical Examinationを提出してください。

下記項目について医師に記入してもらってください。

生徒氏名: ______________________________　　学年: ________

生年月日: ______________________　　年度: ________

身長: ______________________　　体重: ________

血圧: ______________________

## 身体検査

| 下記項目について診察をしてください | 正常 | 異常 | 異常項目の説明 |
|---|---|---|---|
| 皮膚・頭皮 | | | |
| 目 | | | |
| 耳：　オトスコープによる所見 | | | |
| 　　聴力 | | | |
| 鼻 | | | |
| 喉 | | | |
| リンパ腺 | | | |
| 甲状腺 | | | |
| 心臓 | | | |
| 肺 | | | |
| 腹部：ヘルニア・腫瘤など | | | |
| 泌尿器系 | | | |
| 筋骨格系：　変形 | | | |
| 　　制限 | | | |
| 　　腫れ・圧痛 | | | |
| 脊柱側彎のスクリーニング | | | |
| 神経系 | | | |
| その他 | | | |
| 尿検査（必要な場合） | | | |
| ヘモグロビン・ヘマトクリット（必要な場合） | | | |
| 追加事項とコメント | | | |

## 運動競技／スポーツ活動参加許可

**上記のアセスメントに基づき、この生徒は競技スポーツもしくは体育活動に:**

**□参加できます。**

**□ 参加できません。理由：________________________**

医師の署名 ______________________________________________ 日付 __________

| 医療機関もしくは医師の印: |
|---|

***Address:*** *1-2-14 Shinkawa Cho, Higashi Kurume Shi, Tokyo 203-0013, Japan* • ***Web:*** *http://caj.or.jp* • ***Email:*** *admissions@caj.or.jp*
***Phone within Japan:*** *0424-71-0022* • ***From outside Japan:*** *81-424-71-0022* • ***Japan Fax Number:*** *0424-76-2200* • ***U.S. Fax Number:*** *1-530-466-2208*