

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 連 絡 急 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。