（様式1）

令和9年度　一般選抜（前期日程）

健　康　調　査　票

本調査票は，スポーツ活動に支障をきたした外傷・傷害及び内科的疾患に関して，必ず受験者本人が記入漏れのないよう記載してください。

氏　名			志願課程	課程
性　別	男　・　女	生年月日	西暦　　年　　月　　日	
実技検査項目名				
主な経験競技名	（　　）		競技経験年数	年

＊「主な経験競技名」の（　）内にはポジションや専門種目名があれば記入してください。

これまでのスポーツ歴を記入してください。

時　期	種　　目	一週間の練習日数
小学校		日／週
中学校		日／週
高等学校		日／週
高等学校以降		日／週

次の各質問事項をよく読んで，記入または該当する項目に○印をしてください。

○整形外科的事項

質問1　スポーツ障害以外（例えば，交通事故など）でケガや痛みのために2カ月以上のスポーツ活動の中止を指示された外傷や傷害の治療をしたことがありますか？

…… | はい | いいえ |

＊「はい」の場合

ア　判れば，その病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

イ　何歳の時＿＿＿＿＿歳頃

ウ　その治療は何科でしたか？（例えば，内科など）＿＿＿＿＿＿科

エ　入院期間は＿＿＿＿年＿＿＿＿ヶ月

オ　そのケガや痛みは，現在スポーツ活動を行う上で，少しでも支障となっていますか？

| はい | いいえ |

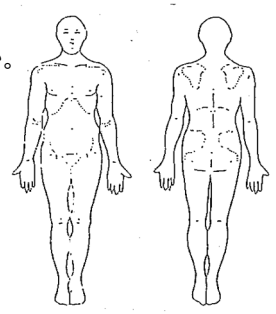
＊「はい」の場合……それはどんなときですか？＿＿＿＿＿＿

質問2　これまで，手術も含めて治療に3カ月以上要したケガ，傷害はありましたか。
また，高校時代に計5回以上再発を繰り返したケガ，傷害はありましたか。

…… | はい | いいえ |

＊「はい」の場合，病名・発症（手術）時期・手術の有無・現在の運動制限の有無を記載し，右図の該当する部位に，○印を付けてください。

（注意点）
・発症（手術）時期に関しては，手術を要した場合，手術時期を記載し，手術を要しなかった場合は発症時期を記載してください。
・現在の運動制限の有無を『制限あり』と回答した方は制限の程度を記載してください（例：コンタクトプレー禁止など）。



	病名	発症（手術）時期	手術の有無	現在の運動制限の有無
例）	（左膝前十字靭帯損傷）	（令和 3 年 3 月）	（有）無）	（制限なし）制限あり）
①	（　　）	（　　）	（有・無）	（制限なし・制限あり）
②	（　　）	（　　）	（有・無）	（制限なし・制限あり）
③	（　　）	（　　）	（有・無）	（制限なし・制限あり）

＊上記疾患の運動制限の程度（　　）

質問3　現時点でスポーツを行ううえで支障を有し，今後1か月以上の治療を要するケガ，傷害はありますか。

| はい | いいえ |

＊「はい」の場合，その病名及び支障の程度を記載してください。

	病名	支障の程度
例）	（左足関節外側側副靭帯損傷）	（　疼痛のため，全力で走れない　）
①	（　　）	（　　）
②	（　　）	（　　）

・また，右上図の該当する部位に，×印を付けてください。
・質問2，3の両方に該当する部位については，○印と×印を重ねて付けてください。

※下の欄は，大学で記入するものです。受験者は記入しないでください。

（裏面へ）

○内科的事項

質問1　心臓の病気や異常を指摘されたことがありますか？ …… | はい | いいえ |

＊「はい」の場合

(1)それは何歳の時ですか？ ＿＿＿＿＿歳頃

(2)病名は何と言われましたか？該当する項目に○印をつけてください。

ア　先天性心臓病(病名　　)

イ　不整脈(脈がみだれる)(病名　　)

ウ　心臓肥大

エ　その他(病名　　)

(3)その後，検査などしていますか？該当する項目に○印をつけてください。

ア　心電図，超音波検査などの精密検査の結果，特に問題はないと言われた。
＿＿＿＿＿歳頃

イ　心電図，超音波検査などの定期検診が必要と言われたが受けていない。

ウ　心電図，超音波検査などを定期的に受けている。

エ　心臓の手術を受けた。 ＿＿＿＿＿歳頃

(4)現在，上記のことが理由で運動制限をしていますか？

…… | はい | いいえ |

質問2　現在，病院で定期的に処方されている薬がありますか？

(但しアレルギー性鼻炎・結膜炎やアトピー性皮膚炎は除く。)

…… | はい | いいえ |

＊「はい」の場合は薬品名と病名を書いてください。

薬品名（　　）

病名（　　）

質問3　学校等の健康診断で精密検査が必要な病気や異常を指摘されたことがありますか？

…… | はい | いいえ |

＊「はい」の場合

どのような病気や異常を指摘されましたか？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

質問4　これまでに下のア～クのような病気にかかったことがありますか？

…… | はい | いいえ |

＊「はい」の場合は，ア～クの該当する項目にも○印をつけてください。

ア　リウマチ性心臓弁膜症

イ　川崎病 ＿＿＿＿＿歳頃

ウ　てんかん

エ　甲状腺の病気

オ　5日間以上続く原因不明の熱

カ　自己免疫疾患

キ　現在治療中のぜんそく

ク　その他定期的な通院または治療を要する病気
(　　)

質問5　次のようなことがありますか？

(1)これまでに何もないのに，急に心臓が早く(いつもの倍ほど)打つことがあった。

…… | はい | いいえ |

(2)これまでに気を失ったことがある。…… | はい | いいえ |

＊「はい」の場合　それは何歳の時ですか？ ＿＿＿＿＿歳頃

(3)これまでに階段を普通の速さでのぼっても，どうきや息切れがすることがあった。

…… | はい | いいえ |

(4)直近1年以内に少しの運動で動けなくなることがあった。 | はい | いいえ |

(5)直近1年以内に胸がしめつけられるように苦しくなることがあった。

…… | はい | いいえ |

○本調査票について，誤りや漏れなく，真実の内容を記入いたしました。

本人署名：

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(自署をお願いいたします。)