

アスリート診断書



ご担当医 各位

知的障害のある人たちへのスポーツを通じた自立と社会参加を支援している
 スペシャルオリンピックスは、個人の能力に応じたトレーニングプログラムを作成し、年間を通して
 日常的にスポーツ競技の練習を行っております。
 スペシャルオリンピックスでは、トレーニング中の事故を防止するために、定期的な健康診断を
 義務付けております。
 つきましては、ご担当医の先生に、アスリートがスポーツトレーニングプログラムに参加可能か
 どうかを診断くださるようお願い申し上げます。
 必要な場合には、レントゲン検査や心電図検査も併せてお願い致します。

認定NPO法人 スペシャルオリンピックス日本・神奈川

[備考] 現在実施している競技種目

陸上・ボウリング・水泳・バスケットボール・テニス・卓球・サッカー・バドミントン・柔道・馬術・フロアホッケー・スキー・スケート・ダンス

氏名		生年月日	西暦	年	月	日	年齢	歳
		血液型	O・A・B・AB (Rh + -)					
身長	cm	体重	kg					
保護者氏名		電話						
住所	〒 -							

診断所見	
------	--

診療施設名称

ご住所

電話番号

担当医ご署名



診断日

西暦 年 月 日
