

## アーチェリー教室 予備調査表

氏 名 \_\_\_\_\_

指導の目安・参考にさせていただくため、下記の項目にご記入ください。

アーチェリーの技能と身体の状態を下記から選んで○で囲んでください。

① 利き手は	右	・	左	である
② アーチェリーの経験は	・ 全く無く、初めてである ・ 何度か有るが、距離をさだめて射ったことが無い ・ 県スポーツ大会アーチェリー競技の 10m (初心者講習会含む) に出場したことがある			
③ 弓を保持して弦が	引ける	・	引けない	・ わからない
	↓			
それは	手(指)	・	口	・ その他( ) で引く
④ 射つ時の姿勢は	立位	・	座位	・ わからない

各関節の可動域で制限のある部位および禁忌事項があればご記入ください。

部位 \_\_\_\_\_

可動域 \_\_\_\_\_

禁忌事項 \_\_\_\_\_

教室に参加されるにあたっての目標をご記入ください。

指導する上で、注意点や配慮を要するございましたらご記入ください。

(裏面もご記入ください)

○既往歴についてお尋ねします。

1. あなたは、今までに次の病気や症状がありましたか。

ない

ある

高血圧	脳血管障害	心臓病	高脂血症
糖尿病・高血糖	肥満	痛風・高尿酸血症	肝臓病・肝機能障害
腎臓病	喘息	てんかん	意識消失発作
膝痛・膝関節の病気	腰痛	その他（	）

2. あなたは、今までに病気、手術、けがなどで入院したことがありますか。

ない

ある（内容 \_\_\_\_\_）

○現在の健康状態および生活状況についてお尋ねします。

1. 最近数ヶ月で生活環境や健康上（病気・体重・食事など）の面で大きな変化がありましたか。

ない    あった（内容 \_\_\_\_\_）

2. 現在、何かの病気で病院にかかっていますか。

いいえ

はい    治療中の病名（ \_\_\_\_\_ ）

内服薬名    [ \_\_\_\_\_ ]

医師からの指示（ \_\_\_\_\_ ）

○緊急連絡先

医療機関名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_