

**Special  
Olympics**  
Nippon



# メディカルフォーラム 2021年度版 ガイドライン

公益財団法人スペシャルオリンピックス日本  
スポーツプログラム委員会・スポーツウェルネスチーム



- はじめに
- メディカルフォーム改訂の経緯
- 新メディカルフォームの運用
- 新メディカルフォームの運用フロー
- 健康調査票と健康診断書について
- 補足



# はじめに

本ガイドラインは、スペシャルオリンピックス日本（以下、SON）全地区組織において実施するメディカルチェックの基本要件について記したものです。

本ガイドラインで提示するメディカルフォームは**SON推奨版**です。しかしながら、新メディカルフォームはSO活動におけるアスリートの安全の確保や事故発生時の迅速な対応を可能にすることを念頭に、SO国際本部の書式をベースに専門的知見のもと刷新したメディカルフォームです。

このメディカルフォームが活用され、知的障害のある人がよりスポーツを楽しみ、成長し、みなさんと笑顔を共有することを期待します。

公益財団法人スペシャルオリンピックス日本  
スポーツプログラム委員会・スポーツウェルネスチーム



# メディカルチェックの目的

メディカルチェックとは、SO活動に参加する、アスリートに関する生活及び身体・健康状態の情報収集の総称を指します

- (1) アスリートの安全確保のため、事前に安全を脅かす身体的、生理的及び心理的要因を把握すること
- (2) 参加プログラムでのトレーニング上の目安、注意事項など（運動負荷、強度、コミュニケーションのとり方、補助の程度など）必要最小限の生理的、医学的情報を担当コーチに提供すること
- (3) 事故発生時に医師が迅速な対応が出来るよう、医療情報を提供すること



# メディカルフォーム改訂の経緯

## 【現行のメディカルフォーム 2010年版】

- ・健康診断書の提出（学校・病院・勤務先での健康診断のうち1つ）
- ・基本的な生活習慣のチェック表の提出

## 【課題】

- ・受診先によって検査項目に差異がある
- ・一般的な健康診断をもって、スポーツを安全に行える身体かどうかを判断することは難しい
- ・医療安全委員会等の専門委員会がない地区組織において、現行のフォームをもって、アスリートの安全なスポーツ参加を認めるとはいいがたい
- ・個々にフォームが異なると、地区内における書類の管理やアスリート情報の共有に支障が難しい



安全面の担保が不安定なまま、スポーツを行う状況にあるため、統一化することも踏まえて改定を実施



# 改訂の目的とメリット

## 【改訂版の目的】

- ・ SO活動に参加する上で、安全に活動できる状態かを判断できる簡潔な書類であること
- ・ SONと地区組織間で情報共有をスムーズに行うために書式を統一すること

## 【統一化におけるメリット】

- ・ 競技会等の怪我・事故の際、アスリート情報の共有がスムーズになる  
→ 医師やコーチがメディカルフォームを確認する事で、迅速な処置が可能になる
- ・ ナショナルゲームや大会・競技会等の提出書類としての活用（予定）  
→ 運営側に提出する書類として、あらゆるSOの大会・競技会にも活用ができる  
また、運営側の書類の管理が簡潔化される



# 新メディカルフォームの運用①

## 【新メディカルフォームの書式】

1. 健康調査票（赤）
2. 健康診断書（青）

アスリートが新規入会する際は、必ず上記メディカルフォーム2種を地区組織へ提出します  
※メディカルフォームはゼネラルルール（2.0 2）にて、SO入会時に提出することが定められています

## 【更新の頻度】

2年に1度の更新を推奨  
ただし、ケガや病気等、メディカルフォームの記載内容に追加・変更が生じた場合には速やかに申し出、更新を行うこと



# 新メディカルフォームの運用②

## 【パートナー】

パートナーに関するメディカルフォームの指定書類はありません

しかしながら、SO活動への参加には過去の病歴と基礎疾患の報告が義務付けられています  
(スポーツルール総則14.2.3.1)

登録の際には必ず、本人に確認をとるか、記載する欄を設けること

## 【コーチ】

コーチに関するメディカルフォームの指定書類はありません

しかしながら、基礎疾患や特定疾患（心疾患等、スポーツする際に問題あるもの）等がある場合は必ず地区組織へ報告をもらうこと





# 新メディカルフォームの運用③

## 【アスリートの健康状態の共有について】

アスリートに特に注意すべき健康状態が認められる場合には、地区組織は少なくとも主任コーチへ、身体情報・持病について共有すること

## 【個人情報の取り扱いについて】

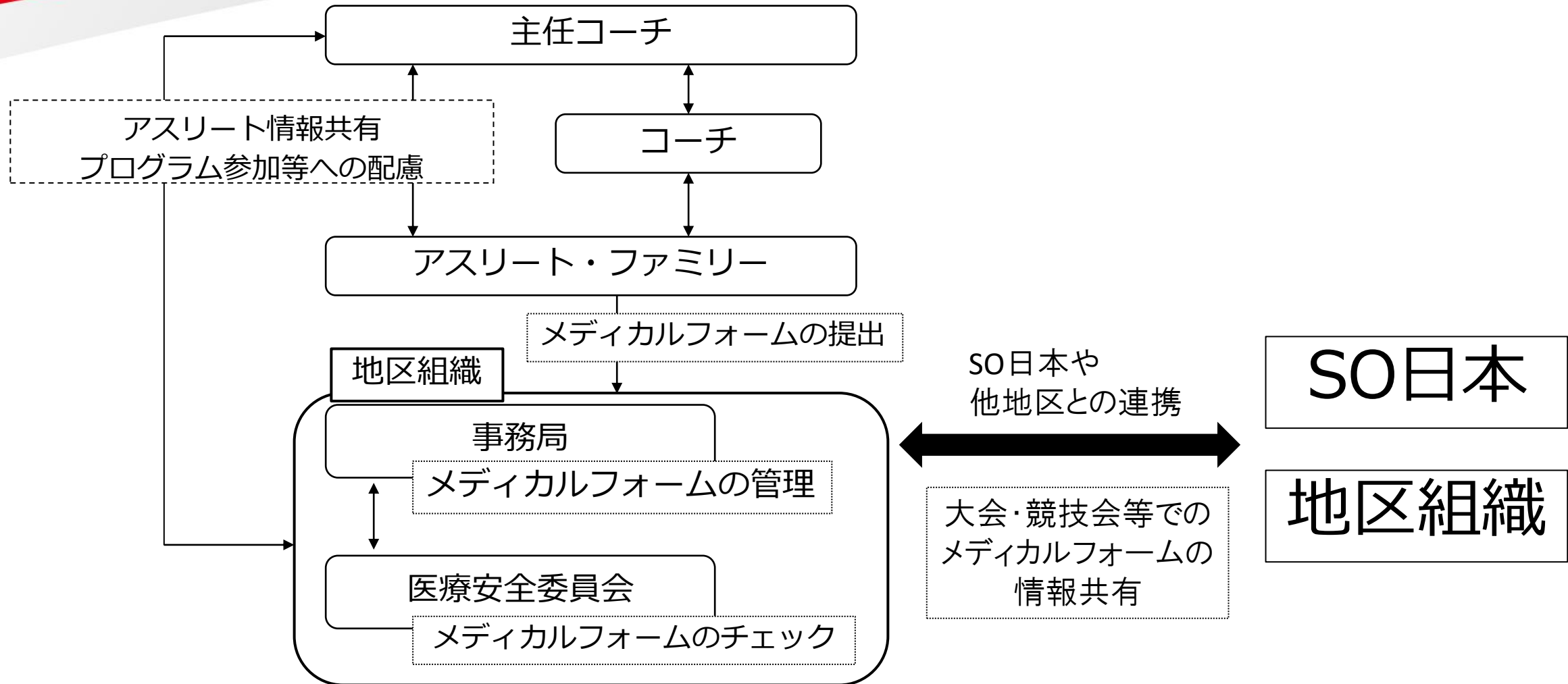
本フォーム記載の個人情報については、SOの活動運営のために利用するものであり、その他の目的には一切利用しないこと。また、個人情報の取得や利用等について法令の規定を遵守すること。

## 【本票控え保管について】

本フォームを受理した地区は、コピーを取り、控えを提出者へ渡し、本票を地区にて保管すること  
なお、保管期間については地区の規定に従ってください



# 新メディカルフォームの運用フロー





# 健康調査票と健康診断書について

## 【健康調査票】

アスリートの症状や過去の怪我・病歴、基礎生活習慣を確認する書類です  
すべて記入してください

記載者：本人

(ただし、本人による記載が難しい場合(本人が判断できる能力を有していない場合など)、  
あるいは未成年場合は、親権者・成年後見人等の法定代理人やファミリー(家族)にて  
代筆可)

## 【健康診断書】

アスリートの身体情報を記載する書類です

必須項目は全員検査してください

任意項目はアスリートの健康調査票の内容と参加競技に応じて、医師の判断を仰いでください

記載者：医師

※ 検査費用は受診する医療機関にご確認ください。

※ 健康調査票を事前に必ず記入したうえで、医師に診断の際に見せてください。



# 健康調査票の補足①

公益財団法人スペシャルオリンピックス日本  
SO アスリート メディカルフォーム -健康調査票-  
※保護者にて記入いただき、診断の際に医師にお見せください

公益財団法人スペシャルオリンピックス日本  
SO アスリート メディカルフォーム -健康調査票-  
※保護者にて記入いただき、診断の際に医師にお見せください

アスリート氏名: \_\_\_\_\_  
生年月日: \_\_\_\_\_ 性別 女 男

アスリートの症状 - (当てはまるものすべてチェック)	
<input type="checkbox"/> 自閉症スペクトラム障害	<input type="checkbox"/> ダウン症 <input type="checkbox"/> 脳性まひ
<input type="checkbox"/> その他症候群 具体的に:	
アレルギー & 食事制限	アスリートが使用しているもの (当てはまるものすべてに☑を付けてください。)
<input type="checkbox"/> アレルギーなし	<input type="checkbox"/> めがね・コンタクト <input type="checkbox"/> 補助杖・歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす
<input type="checkbox"/> ゴム製品	<input type="checkbox"/> マウスピース <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 吸入器
<input type="checkbox"/> 薬剤:	<input type="checkbox"/> 義手・義足 <input type="checkbox"/> 人工肛門・胃ろう <input type="checkbox"/> C-PAP
<input type="checkbox"/> 虫刺され:	<input type="checkbox"/> 埋め込みデバイス <input type="checkbox"/> コミュニケーションデバイス <input type="checkbox"/> ペースメーカー
<input type="checkbox"/> 食べ物:	
その他、特筆事項:	
<b>参加競技について</b>	
やってみたい競技をすべて記入:	
医師からスポーツすることを制限されたことがありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 具体的に記載ください:	
<b>手術・感染症・ワクチンについて</b>	
過去に受けた手術をすべて記入:	
アスリートは現在、急性/慢性感染症にかかっていますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 具体的に記載ください:	
アスリートはこれまでに心電図 (ECG) やエコー (Echo) で異常が見られたことはありますか? (はいの場合、日にと結果を記入) <input type="checkbox"/> はい、心電図 (ECG) に異常: <input type="checkbox"/> はい、エコー (Echo) に異常: 7年以内に破傷風ワクチンを注射しましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
<b>てんかん/発作について</b>	
てんかん/発作の症状がありますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
はいの場合、発作のタイプを記載ください: はいの場合、過去一年間に発作はありましたか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
<b>精神状態について</b>	
過去一年間の自傷行為 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	うつ病 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
過去一年間の攻撃的な行為 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	不安 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
その他精神面の健康上で不安なことがあればお書きください:	

【入会時】  
参加希望の競技  
【更新時】  
参加している競技

以下の症状で診断された、または経験したことがありますか?					
意識消失	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	高血圧	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	発作/一過性脳虚血発作	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
運動中/後のめまい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	高コレステロール	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	脳震とう	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
運動中/後の頭痛	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	視覚障害	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	ぜんそく	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
運動中/後の胸の痛み	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	聴覚障害	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	糖尿病	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
運動中/後の呼吸促進	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	睡眠	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	肝炎	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
不規則/激しい鼓動、動悸	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	尿管	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	排尿障害	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
先天性心疾患	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	骨粗しょう症	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	二分脊椎	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
心臓発作	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	骨減少症	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	関節炎	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
心筋症	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	貧血症	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	熱中症	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
心臓弁膜症	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	鎌状赤血球症	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	骨折	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
心臓音	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	出血しやすい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	脱臼	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

骨折/脱臼の場合、具体的に:  
\_\_\_\_\_  
その他、現在または過去の症状をお書きください:  
\_\_\_\_\_

脊髄圧迫や環軸椎不安定性に伴う神経症状					
尿や便が出にくい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいの場合、3年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
足、腕、手等の感覚麻痺や痛み	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいの場合、3年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
足、腕、手等の脱力	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいの場合、3年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
首、背中、肩、腕や手、腰、足などに 焼けるようにするどく神経を 圧迫するような痛み	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいの場合、3年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
頭位傾斜	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいの場合、3年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
けいれん	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいの場合、3年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		
麻痺	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいの場合、3年以内に症状がでたり、又は悪くなっていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい		

服薬している薬、ビタミン剤、サプリメントをすべて記入してください(吸入器、避妊薬、ホルモン治療薬を含む)								
薬、ビタミン剤、サプリメント	量	服薬回数/日	薬、ビタミン剤、サプリメント	量	服薬回数/日	薬、ビタミン剤、サプリメント	量	服薬回数/日

アスリート自身で服薬できますか?  いいえ  はい

・負傷箇所  
・時期など



# 健康調査票の補足②

公益財団法人スペシャルオリンピックス日本  
SO アスリート メディカルフォーム -健康調査票-  
※保護者にて記入いただき、診断の際に医師にお見せください

基本的な生活習慣チェック			
1. 言葉	<input type="checkbox"/> 会話ができる <input type="checkbox"/> 単語程度での発言ができる <input type="checkbox"/> 会話はできない		
2. 食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 使用できる食器: <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク		
3. 排泄	① 大便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 ② 小便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 失禁傾向あり		
4. 衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助		
5. 意思伝達力	<input type="checkbox"/> 言葉で意思を伝えることができる <input type="checkbox"/> 身振りや声で伝える <input type="checkbox"/> 意思を伝えることは難しい <input type="checkbox"/> その他の方法で伝える → 具体的に:		
6. 指示理解力	<input type="checkbox"/> 指示理解は可能 <input type="checkbox"/> 指示理解は可能、多少問題あり <input type="checkbox"/> 言語での表現はできないが理解している <input type="checkbox"/> ほとんど理解はしない		
7. コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 成立する <input type="checkbox"/> どうにか成立する <input type="checkbox"/> ほとんど成立しない		
8. 安全に行動する力 (すべてにチェック)	<input type="checkbox"/> 集団生活で特に問題は無い <input type="checkbox"/> 危険な場所を心得ている <input type="checkbox"/> 多動傾向がある <input type="checkbox"/> 行方不明になり保護された事ある <input type="checkbox"/> 常に注意が必要である <input type="checkbox"/> 自傷行為がある <input type="checkbox"/> 他傷・他害行動がある		
9. 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助		
10. 生理の処理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助		
11. その他	<input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 飲酒		
その他、特筆事項。また、アスリートの気になる行動・習慣等			
記入者氏名	アスリートとの続柄	電話番号	E-mail

## 【言葉】

会話ができるとは、相手の話し言葉を理解をし、文章化して相手に伝えることができる状態のこと。

## 【コミュニケーション】

成立するとは、言語や非言語（身振り・手振り）を通じて、お互いに意思・感情を伝達しあえること。



# 健康診断書の補足

公益財団法人スペシャルオリンピックス日本  
SO アスリート メディカル・フォーム -健康診断書-

アスリート名:		参加したい競技: (すべて記入してください)	
アスリート身体情報			
身長	体重	BMI(任意)	体温
cm	kg	BMI	C
脈拍	酸素飽和度	血圧	視力
	%	左: 右:	左視力(矯正) ≥ 0.5 ( ) 右視力(矯正) ≥ 0.5 ( )
必須項目			
右聴力(ゆびこすり)	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 判定不能	脈	<input type="checkbox"/> 整 <input type="checkbox"/> 不整 → ECG検査 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
左聴力(ゆびこすり)	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 判定不能	肺雑音	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → [ ]
心臓音	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → [ ]	異常歩行	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → [ ]
任意項目			
右外耳道	<input type="checkbox"/> きれい <input type="checkbox"/> 耳垢 <input type="checkbox"/> 異物	脚腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
左外耳道	<input type="checkbox"/> きれい <input type="checkbox"/> 耳垢 <input type="checkbox"/> 異物	腰部圧痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
右膝腫	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> 感染	腎臓圧痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
左膝腫	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> 感染	右上肢反射	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 減少 <input type="checkbox"/> 亢進
口腔衛生	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良	左上肢反射	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 減少 <input type="checkbox"/> 亢進
甲状腺肥大	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	右下肢反射	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 減少 <input type="checkbox"/> 亢進
リンパ節腫脹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	左下肢反射	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 減少 <input type="checkbox"/> 亢進
腸音	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常	虚性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
肝臓大	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	振戦	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
右足浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	首と背中 の可動域の制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → [ ]
左足浮腫	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	上肢の可動域 の制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → [ ]
機軸動脈拍動の対象性	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 右>左 <input type="checkbox"/> 左>右	下肢の可動域 の制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → [ ]
テアノーゼ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	上肢の筋力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 → [ ]
感覚欠如	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【部位】 [ ]	下肢の筋力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 → [ ]
<b>脊髄圧痛や環軸椎不安定性(AAO) (任意、ただしタウソンの場合は必須)</b>			
<input type="checkbox"/> アスリートは脊髄圧痛や環軸椎不安定性を伴う神経症状や身体所見が見られない <input type="checkbox"/> アスリートは脊髄圧痛や環軸椎不安定性だと思われる神経症状や身体所見がみられるため、さらなる神経に関する検査を実施し、スポーツをする許可を出す前に脊髄損傷の可能性を除外する			
アスリートの参加許可(検査をした方のみが記載可能)			
検査担当者の方へ アスリートや保護者が記入した「健康調査票」の内容を参考してください。 <input type="checkbox"/> このアスリートはSO競技に参加することができる。 <input type="checkbox"/> このアスリートは右記を注意の上で、SO競技に参加することができる → 注意点: <input type="checkbox"/> このアスリートは今回SO競技に参加することができない。			
医師署名	日付	名前	
		電話	

この枠内の項目は必ず検査します。

任意項目は健康調査票（別紙）の内容と参加競技に応じて、医師の判断を仰ぎ必要に応じて検査します。

必ず診断した医師の署名・日付・名前（ブロック体）・電話を記載してもらいます。

※医師の方へこちらのメディカルフォームを健康診断書に書いてください。