

メディカルアセスメントフォーム2026

このメディカルアセスメントフォームは日本時間の2026年4月20日17時までにEメール
(tlf.nakadomari.contact@gmail.com (津軽海峡遠泳連盟 事務局)) に添付して提出してください。

登録番号 _____ (事務局記載)

セクションA – 既往歴 (申請者自ら記入してください)

申請者に対する注意事項

この様式を記入する前に注意事項をよく読んでください。

- このメディカルアセスメントフォーム (以下「本様式」という) は、津軽海峡遠泳連盟 (以下「本連盟」という) に対して、医師が関連する全ての医療評価を実施した証拠とともに提供します。
- 本連盟は医学的な訓練を受けておらず、医療機関でもなく、本様式に記載された内容の正確性や妥当性についていかなる判断も行うものではありません。本様式は、医師が申請者の適性を判断するための参考資料として使用されます。本連盟は、本様式に記載された事項及びセクションBの下部に署名・押印をした医師の意見に誤りがなく全て正確であることを前提に、当該申請者に対して、津軽海峡の遠泳のサポートを実施するかを判断を行います。
- 本連盟はこの書類を提出時から5年間保管し、必要に応じて、次の者にこの内容を開示することがあります。
 - 本連盟のメンバー
 - 医療提供の目的で本連盟が必要とした全ての者
 - 緊急を要する場合や必要に応じて本連盟が適当とみなした全ての者
 - その他、直接的・間接的にかかわらず津軽海峡遠泳に関係する者
- 本様式は津軽海峡遠泳実施の決定通知日より後に記入したものでなければなりません。
- 次の場合、本連盟は、申請者から提出された本様式を受理せず、申請者との契約を取り消す場合があります。
 - 本様式およびその添付書類に不備がある場合
 - 日本時間2026年4月20日17時までに本様式を受領が確認できなかった場合
 - 本様式の内容に虚偽の記載がある場合
- この健康診断にかかる料金は自己負担となります。通常の検査より時間がかかることが予想されますので、医師に確認のうえ、早めの受診をおすすめします。
- 必要事項を全て記入し、提出してください。本様式は記録のため、自身で写しを保管しておいてください。
- 必要とされる全ての場所にあなたと医師の署名がなされていることを確認してください。

個人情報

氏		名	
生年月日 (西暦)	年	月	日
住所	〒		
電話番号			
Eメールアドレス			

医療経歴

これまで次のいずれかの症状を経験したことはありますか		
1 耳、鼻、副鼻腔、目の疾患	☐ はい	☐ いいえ
2 視力、聴力、体温調節機能、その他知覚機能の障害	☐ はい	☐ いいえ
3 喘息、気管支炎、気胸、結核などの胸や呼吸器の病気、疾患	☐ はい	☐ いいえ
4 眩暈、意識喪失、失神	☐ はい	☐ いいえ
5 痙攣、継続的な頭痛、脳震とう	☐ はい	☐ いいえ
6 不安障害、神経疾患、パニック発作	☐ はい	☐ いいえ
7 血圧、不整脈、レイノー病を含む心臓異常または循環不全	☐ はい	☐ いいえ

8	糖尿病	☐ はい	☐ いいえ
9	処方箋あるなしにかかわらず、定期的もしくは頻繁に服薬や治療を受けていますか	☐ はい	☐ いいえ
10	上記以外に、現在治療を受けたり、過去に医師の診察を受けたことがありますか	☐ はい	☐ いいえ
11	健康診断で異常と判定されたことがありますか	☐ はい	☐ いいえ
12	これまで生命保険への加入を拒否されたことがありますか	☐ はい	☐ いいえ
13	たばこを吸いますか	☐ はい	☐ いいえ
14	過去10年以内に入院したことがありますか	☐ はい	☐ いいえ
15	過去5年以内に胸部X線検査、上半身のMRI検査、心電図を受けたことがありますか	☐ はい	☐ いいえ

医療経歴に関する追記事項

1-15で「はい」と答えた場合、下記もしくは別紙（必要に応じて）に詳細を記載してください

現在の健康状態と適性

過去又は現在の医療状況、身体的または精神的な疾患や障害、けがなどにより、現在もしくは津軽海峡の遠泳中にあなたの健康状態や適性に影響を及ぼす恐れがある場合、その他本連盟が申請者の適性を適切に判断するに資する可能性のある事情については、その詳細を下記もしくは別紙（必要に応じて）に記載してください

同意事項

1. 私は、津軽海峡遠泳やそのためのトレーニングが身体的に非常に厳しいものであることを理解しています。
2. 私は、本様式を提出する前に、津軽海峡遠泳の挑戦によって起こりうる健康状態の悪化や身体的なリスクを把握し、必要な措置を講じました。
3. 私は、本様式の注意事項で示された内容に加えて、私の過去から遠泳実施までの健康状態や医療状況について、次の者に対して開示することを許可します。
 - ・本連盟のメンバー
 - ・医療提供の目的で本連盟が必要とした全ての者
 - ・緊急を要する場合や必要に応じて本連盟が適当とみなした全ての者
 - ・その他、直接的・間接的にかかわらず津軽海峡遠泳に関係する者
4. 私は、本様式に署名した時点から遠泳終了までに、自らの健康状態を把握する義務を負うことを理解します。また、健康状態が悪化がみられたとき、本様式に署名した医師の意見が変わる可能性を考慮し、その医師に速やかに健康状態を通知します。なお、本様式の内容に変更があった場合、本連盟に速やかに変更内容を通知します。
5. 私は、本様式のセクションAで提供した私自身の情報に虚偽がなく、医師に対して検査に必要な医療状況、健康状態、適切性等の情報を事前に正確に提供しています。
6. 私は、自身の本様式のセクションAに記載した事項に虚偽がある場合及び記載漏れがある場合に生じた一切の事由について、自らその責任を負うことに同意します。

私は、本様式のセクションAの内容を全て理解し、同意のうえ、下記に署名します。

申請者氏名		署名	
日付	年 月 日		

セクションB – 検査を行う医師が記入してください

検査前の医師のための注意事項

1. セクションAにおいて名前を記載した申請者は、津軽海峡遠泳の挑戦とトレーニングを行うスイマーとして十分に適正であることを証明するため、医師による医療状況、健康状態、適正性の検査を望んでいます。津軽海峡遠泳は、ウェットスーツなしで、16℃以下というとても低い海水温のなかで、最長15時間程度の長時間にわたり休憩なく遠泳を行う、身体的負荷が非常に大きい過酷なスポーツです。
2. セクションAにおいて名前を記載した申請者は、セクションBの最後に医師の署名を得なければ、本連盟の決定通知に基づく津軽海峡遠泳に参加できません。
3. 本様式の検査項目は、本連盟が津軽海峡遠泳を安全に実施するために、確認が必要と考える必要最低限の項目であり、医師により実施が必要であると判断した検査の範囲を制限するものではありません。
4. 津軽海峡の遠泳やそのトレーニングを実施する上で、申請者の健康状態について、セクションAに記載された内容も含めて不明な点がある場合には、それらを明らかにしたうえで署名してください。
5. 本様式は本連盟が申請者に通知した津軽海峡遠泳実施の決定通知日より後に記入したものでなければなりません。

医師の情報

医師氏名			
所属医療機関		診療科	
所在地	〒		
電話番号			
Eメールアドレス			

健康診断

申請者氏名			
身長 (cm)		体重 (kg)	
耳：右		耳：左	
聴覚障害の有無	☐ 有 ☐ 無		
鼻		咽喉	
副鼻腔		呼吸器系	
胸部X線			
心臓血管系			
血圧			
心電図			
腹部系		尿検査	
関節および筋骨格			
神経系			

追記事項

※過去又は現在の医療状況、身体的または精神的な疾患や障害、けがなどにより、現在もしくは津軽海峡の遠泳中に申請者の健康状態や適性に影響を及ぼす恐れがある場合、その他本連盟が申請者の適性を適切に判断するに資する可能性のある事情があれば追記ください。

署名

私は、下記に名前を記載した申請者に必要かつ適当と思われる検査を実施した結果、当該申請者の津軽海峡遠泳の挑戦について、下記のとおり判断したことをここに報告し、署名します。			
申請者氏名		結果	☐ 適正 ☐ 不適正
記入日	年 月 日		
所在地			
所属医療機関名			
診療科			
医師署名			