

# 体育活動に関する情報提供書 全員提出

2019(平成31) 年度東京大学新入生

東京大学では週1回105分の身体運動・健康科学実習(体育実技)が必修となっています。この実習を含めて、学生生活における安全を確保し、滞りなく正課・課外活動を開始するため、現在までの体育活動に関する情報提供をお願いいたします。

実習については、健康上の理由から通常のスポーツコースへの参加が好ましくない場合は、メディカルケアコース(内科または整形外科医が担当して各学生が健康状態に応じて実習するもの。原則として軽スポーツを行うが、症状が重い場合には運動は行わない)の履修が可能です。スポーツコースの種目は各自で選択するものですが、あくまで学生の自主的活動を重視しており、無理な運動を強制することはありません。

|  |
|--|
| <p>① 現在通院中または治療中の疾患や、過去に治療や精査を受けた疾患もなく、運動制限不要であった場合<br/>保護者が「①特記事項なし」欄に記入してください。</p> <p>② 過去に健診の結果等から精密検査(二次検査)を受けたが問題なく、運動制限不要であった場合<br/>保護者が「②過去に精密検査あり」欄に記入し、可能ならその証明となるもの(学校に提出した書類の写し等)を添付してください。</p> <p>③ 過去に通院していたが治療により通院終了となり、運動制限不要であった場合<br/>保護者が「③通院歴あり」欄に記入してください。(感冒や胃腸炎等による1-2回の受診は記入不要)</p> <p>④ 現在通院中の場合(年1回の経過観察受診等も含む)<br/>保護者が「③通院歴あり」欄に記入し、主治医に、「主治医記載欄」に記入してもらうか、高校に提出した「学校生活管理指導表」の写しを添付してください。</p> |
|--|

上記①～④いずれの場合も、全員に保護者自署が必要です。新入生健診の結果から必要があると判断された場合は、ご提供いただいた情報も考慮の上、新たに医療機関の受診と医師の意見書の提出をお願いする場合がございます。

|                           |                          |   |                            |                    |                    |
|---------------------------|--------------------------|---|----------------------------|--------------------|--------------------|
| 入学者氏名                     | 整理番号                     | 学生証番号   |                            | (諸手続後記入) J -       |                    |
|                           | 氏名                       | カナ  | <input type="checkbox"/> 男 | 生年月日               |                    |
|                           |                          | 漢字  | <input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日              |                    |
| 保護者記入欄                    | ① 特記事項なし                 | 上記説明内容を確認しました。入学者に、運動制限の要不要に関わる、治療中または定期経過観察中の疾患や、過去に精査や治療を受けた疾患はありません。体育の授業や部活動なども通常通りでした。<br>年 月 日 保護者自署                              |                            |                    |                    |
|                           | ② 精密検査あり                 | 入学者は、過去に精密検査(二次検査)を受けましたが問題なく、加療・経過観察および運動制限は必要なく、通常通り体育の授業や部活動等のスポーツに参加していました。<br>年 月 日 保護者自署<br>*可能なら証明となるもの(学校に提出した書類の写し等)を添付してください。 |                            |                    |                    |
|                           | ④③ 現在通院歴あり               | 疾患名   | 通院期間<br>(年～年)              | 通院中・治療終了<br>(○で囲む) | 運動制限の要不要<br>(○で囲む) |
|                           |                          |   | 年～年                        | 通院中・治療終了           | 要・不要               |
|                           |                          | 年～年   | 通院中・治療終了                   | 要・不要               |                    |
|                           | 年 月 日 保護者自署              |   |                            |                    |                    |
| 主治医記入欄<br>(同内容であれば別形式でも可) | 診断                       |   |                            |                    |                    |
|                           | 経過                       | ("〇〇年に診断、その後投薬加療中"等、簡単に結構です。)   |                            |                    |                    |
|                           | 運動制限や生活上の注意              | <input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有 具体的に(例:球技禁止・格闘技禁止・遠距離走禁止等):  |                            |                    |                    |
|                           | 今後の予定                    | <input type="checkbox"/> 引き続き同医療機関に通院予定:次回受診予定 年 月<br><input type="checkbox"/> 転医予定:次回受診予定 年 月<br><input type="checkbox"/> 通院不要         |                            |                    |                    |
|                           | 記載年月日<br>医療機関名<br>医師名(印) | 年 月 日   |                            |                    |                    |