スポーツのサポート活動に関する調査票

|  |
| --- |
| ***＜基礎情報＞***  氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ)：　　　　性別：　ＰＴ経験年数：　年  所属：  専門理学療法士・認定理学療法士の認定を受けていれば記載して下さい |

|  |
| --- |
| ***＜スポーツ活動情報＞***  以下の質問に対し【】内に回答を記載して下さい  ○これまでトレーナー活動、メディカルサポート等の経験があれば記載して下さい  （例：○○高校野球部　月に２回程度、○○県士会　中学サッカー大会メディカルサポートetc）  【　　】  ○今後サポートしたい競技、興味がある競技があれば記載して下さい  【　　】  ○以下のサポート項目で参加を希望するものに（）内に○をつけて下さい（複数可）  【・（　）一般スポーツ　・（　）障害者スポーツ　・（　）学校保健事業　】  ○スポーツイベントへのサポート活動に協力できる日数は年間どれくらいですか  【　　日間位】  ○協力できるサポート内容に（）内に○印つけてください（複数可）  【・（　）テーピング・（　）ストレッチ・（　）マニュアルセラピー  ・（　）トレーニング指導・（　）急性外傷の応急処置・その他（　）】  ○心肺蘇生法、救急法等で資格を取得しているものがあれば記載して下さい  （例：日本赤十字社救急法救急員、BLS、○○消防署講習会etc）  （有効期限：　年　月　日まで／有効期限切れ　）  【　　】  ○スポーツ・トレーナー関係及び教員免許を取得している方は記載して下さい  　（例：JASA‐AT、NATA‐ATC、CSCS、JATI‐ATI、高校保健体育教諭免許etc）  【　　】 |

|  |
| --- |
| ＜スポーツ傷害に対するリハビリテーションの経験があれば記載してください＞  （例：ACL損傷に対するリハビリテーションを5年 etc） |