

2019年3月

保護者の皆様

公益財団法人日本バスケットボール協会
スポーツ医学委員長 森 淳
【公印省略】

育成センターにおける緊急時連絡カード確認と同意書記入のお願い

時下益々ご清栄の事とお慶び申し上げます。

平素より、当協会の活動に対し、格別のご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

当協会では将来のバスケットボール日本代表を担うジュニア世代の育成と事故防止を目的として、緊急時連絡カードの記載をお願いしております。昨今、突然死を来すような疾患を持ちながら競技バスケットボールに参加している事例が増加しており、死亡例も確認されております。一般的に若年アスリートの突然死で多い肥大型心筋症や致死性不整脈に加え、バスケットボールのように長身者が多いスポーツにおいて注意すべき点として、マルファン症候群を含めた潜在的に存在する心大血管疾患が挙げられます。そこで、当協会では、健全な選手育成と共に、スポーツ活動のみならず日常生活における突然死を予防する意味でも、選手選考に際して、マルファン症候群またはその類縁疾患の診断がある、もしくはその可能性がある場合、医師との協議を必須としており、その結果参加が認められないこともあります。

つきましては、保護者の皆さまには、記載された緊急時連絡カードの記載不備が無いが、確認していただいた上で、同意書の「参加選手が制限なく練習に参加できる」にチェックを入れてください。また、「マルファン症候群に関する注意」を参加選手と一緒に確認していただき、理解を深めていただいた上で、同意書にチェックを入れてください。下記【専門科受診をすすめるポイント】を参照し、必要に応じて専門科（年齢により循環器内科または小児（循環器）科）受診をしていただくよう、宜しくお願い致します。判断に迷われた際は、遠慮なく下記日本バスケットボール協会窓口までご相談いただければ、対応いたします。ご多忙中、誠に恐れ入りますが、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

【専門科受診をすすめるポイント】

1. 緊急時連絡カードに記載された自覚症状のいずれかに○があるが、これまでに医療機関を受診していない。
2. マルファン症候群または若年での大動脈疾患の家族歴がある。
3. 心臓病（肥大型心筋症）、不整脈（QT延長症候群）、若年での突然死等の家族歴がある。
4. 水晶体脱臼の既往歴がある。
5. 心大血管疾患、不整脈の既往歴があるが、最近2年以上検査を受けていない。
6. 高身長（痩せ型）、長四肢、長指趾、明らかな側弯症、別紙（マルファン症候群に関する注意）に示す身体チェック項目の中で複数あてはまる。
7. マルファン症候群を疑われ過去に検査を行い問題なかったが、3年以上経過している。

以上

<問い合わせ先>

公益財団法人日本バスケットボール協会

基盤強化グループ育成普及担当：山本（明）・佐藤

〒112-0004 東京都文京区後楽 1-7-27 後楽鹿島ビル6F

TEL 03-4415-2020 FAX 03-4415-2021

2024 U14 ユース育成センター 参加同意書

(一財)沖縄県バスケットボール協会 御中

<参加選手>

ふりがな
参加者氏名 _____

メンバーID _____

生年月日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

身長 _____ cm 体重 _____ kg ウイングスパン _____ cm

学校名 _____ 学年 _____ 年

<確認事項> (下記の内容を確認し、チェックを入れてください。)

- 実施要項 5(1)の参加資格の項目について確認しました。
- 実施要項 9の個人情報の取り扱いについて確認しました。
- 「本事業の活動中・移動中における事故・けが、その他の事故についての補償は、加入する保険の範囲内であること」を確認しました。
- 「マルファン症候群は、突然死を起こす可能性がある疾患です」を確認しました。
- 参加選手が制限なく競技レベルのバスケットボール運動を行えることに同意します。
- 今後の沖縄県ユース育成活動に係る費用については、基本的に受益者負担となることを理解し、保護者として同意します。

上記選手の派遣および確認事項について、保護者として同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____ 印

住所 〒 _____

電話番号 _____

上記の生徒の参加を認めます。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 中学校長 _____ 印

クラブ・ユース選手 (名称) _____ (代表者) _____ 印

JBA 緊急時連絡カード

記入年月日 年 月 日

緊急時、この記載情報を救急隊と搬送先医療機関が活用することに同意します。

本人情報

ふりがな		性別	血液型		
氏名		男・女	A・B・O・AB型 (RH+/-)		
生年月日 (西暦)	年 月 日	身長	cm	体重	kg

医療情報

運動中、運動後にこれらの症状を起こしたことがあれば、「○」印をつけてください	失神・意識障害・呼吸困難・胸痛・脈の不整 動悸・めまい・痙攣
食物アレルギー	無・有 (詳細:)
薬アレルギー	無・有 (詳細:)
常用している薬	無・有 (詳細:)
現在治療中のケガや病気	無・有 (詳細:)
今までにかかった病気やケガ	無・有 (詳細:)
手術をしたことは?	無・有 (詳細:)
その他伝えたい事	無・有 (詳細:)

緊急連絡先

氏名	電話 1	電話 2	本人との関係