

福岡県立スポーツ科学情報センター 健康・体力づくり相談
～測定を希望される方へ～

この測定の目的は、健康体力づくりを目指す方々が自らの体力を測定し、現在の自分の体力を把握すること、及び、個人の目的に応じた運動やトレーニングに関する指導助言から、今後の運動及びトレーニングを健康・体力づくりの観点から、より一層効果的なものとする事です。

以下の説明を読まれて、各測定項目の実施方法や注意点を十分ご理解いただいた上で、万全の体調で測定に臨むようにしてください。

《測定内容について》

1 安全検査 (運動を実施するのに問題はないか、内科的内容を中心にメディカルチェックを行います。)

- (1) 血圧検査 → 最高・最低血圧、安静時脈拍数
- (2) 心電図検査 → 安静時の心電図
- (3) 肺機能検査 → 肺活量
- (4) 問診 → ドクターによるカウンセリング

2 形態計測

- (1) 身長・体重
- (2) 体脂肪率
- (3) 体成分 (体水分・タンパク質・ミネラル・体脂肪) *令和7年1月導入

3 全身持久力測定

運動中に体内に取り込まれる酸素の最大量「最大酸素摂取量 (Vo2max)」を測定します。最大酸素摂取量は「有酸素運動能力」を意味し、全身持久力の指標として用いられています。測定は自転車エルゴメーターを用いて行います。心拍数・血圧をチェックしながら、エアロバイクをこぎます。心拍数により、負荷が上がっていきます。

4 体力テスト ※体力づくりコースのみ (8種目の体力測定を行います。)

- (1) 上体起こし → 腹筋の動的持久性の測定
- (2) 全身反応時間 → 全身敏捷性の測定
- (3) 反復横跳び → 敏捷性の測定
- (4) 垂直跳び → 瞬発力の測定
- (5) 閉眼片足立ち → 平衡性の測定
- (6) 長座体前屈 → 柔軟性の測定
- (7) 握力 → 筋力の測定
- (8) 背筋力 → 筋力の測定

5 骨年齢測定 ※健康づくりコースのみ

超音波パルス透過法で、かかとに超音波を当て、骨強度を測定します。

運動負荷に伴う危険性と異常事態の防止について

運動負荷試験中には、血圧異常、失神、不整脈、ごくまれに、心臓発作、死亡事故などの異常事態が起こることがあります。そのような事態を防ぐために、次のような対策を取るようにしています。

(1) 測定前、測定中の問診、観察

- ・測定前には、医師による問診や心電図、血圧測定を行います。
- ・全身持久力測定は、医師が近くについて行います。

(2) 測定中止基準

- ・安静時血圧が、収縮期160mmHg、拡張期100mmHg以上の場合は、測定を中止することがあります。
- ・測定者本人が疲労や不快感を感じ、測定をやめたいと申し出があったときには、すぐに測定を中止します。

(3) 医療機関受診中の方

- ・現在、受診中の方や人間ドック検査で何らかの異常を指摘された方は、測定前に必ず申し出てください。
- ・主治医の紹介状 (診断書、診療情報提供書等) をお持ちください。

(4) 体力テスト実施時

- ・大きな筋力や素早い動きが求められる種目もあるため、全体で準備運動を行います。
- ・各種目の測定前には、個人でも準備運動を入念に行うよう、声かけをします。
- ・身体に痛みや違和感等、気になるところがある場合、種目によっては測定を行いません。

《個人情報の取り扱いについて》

健康・体力づくり相談において得られた個人情報は、安全で効果的な測定を行うことを目的として取得しております。得られた情報は、個人を特定できる形式で学術研究や第三者への提供は行いません。

《利用料の返金について》

この説明を読み、スタッフからの説明を受け、別紙の申込書に自署後は、上記の中止基準を満たし、お客様自身の体調に変化が生じて、測定が完了しなかった場合でも、一切の返金はいたしません。

健康・体力づくり相談問診票

氏名 _____ 性別 _____ 年齢 _____ 歳

身長 _____ cm 体重 _____ kg **※必ず記入ください**

より安全に体力測定を行うため、またカウンセリング等の参考資料にしますので、以下の質問にお答えください。

1. 現在のお仕事の状況について、あてはまるものに○印をつけてください。

パートでお勤めの方もご記入ください。(複数回答可)

- 1 立ち仕事が多い 2 腰をかけたの仕事が多い 3 歩き回ることが多い
4 接客・対応が多い 5 力を使うことが多い 6 手先を使う
7 ワープロ・コンピュータを多く使う 8 勤めはしてない

2. 日常生活/食生活について、あてはまる項目に○印をつけてください。

- | | | | |
|-----------------------------|-------|-----------------------------|--------|
| ・規則的な生活を送っている | a. はい | b. どちらでもない | c. いいえ |
| ・睡眠時間は十分とれている | a. はい | b. どちらでもない | c. いいえ |
| ・夢中になれる趣味や生きがいがある | a. はい | b. どちらでもない | c. いいえ |
| ・自分の性格が好きである | a. はい | b. どちらでもない | c. いいえ |
| ・家庭、近所、職場、学校等の人間関係はうまくいっている | a. はい | b. どちらでもない | c. いいえ |
| ・心の悩みや相談ごとを打ち明けられる家族や友人がいる | a. はい | b. どちらでもない | c. いいえ |
| ・毎日朝食を食べている | a. はい | b. どちらでもない | c. いいえ |
| ・外食をすることは少ない | a. はい | b. どちらでもない | c. いいえ |
| ・お菓子などはあまり食べない | a. はい | b. どちらでもない | c. いいえ |
| ・偏食、好き嫌いはない | a. はい | b. どちらでもない | c. いいえ |
| ・味付けは薄味である | a. はい | b. どちらでもない | c. いいえ |
| ・たばこは吸わない | a. はい | b. いいえ(本/日、 年間) | |
| ・アルコールは飲まない | a. はい | b. いいえ()を
(ml/日)、週()回 | |

3. 自覚症状について、この1年間で気になる症状はありますか。あてはまる項目に○印をつけてください。(複数回答可)

- | | | |
|------------|--------------|----------------|
| 1 目が疲れる | 2 顔や手足がむくむ | 3 尿の出が悪い |
| 4 めまい | 5 汗をよくかく | 6 便秘である |
| 7 頭痛 | 8 体がだるい | 9 下痢である |
| 10 肩こり | 11 食欲がない | 12 腰が痛む |
| 13 手先がふるえる | 14 のどがよく渴く | 15 膝が痛む |
| 16 手足がしびれる | 17 胸がしめつけられる | 18 足首が痛む |
| 19 手足が冷たい | 20 息切れ、動悸がする | 21 生理痛、生理不順である |

2枚目へ続く

