

Medical Certification

Name

National Federation

Japan Triathlon Union

Date of Birth (dd/mm/yyyy)

____ / ____ / ____

Cardiac auscultation

Rate: _____ bpm, Rhythm: regular irregular

no murmurs murmurs (systolic diastolic)

no systolic click systolic click

Blood Pressure

____ / ____ mmHg

Pulses

Radial: right: good faint or non

left: good faint or non

Femoral: right: good faint or non

left: good faint or non

Marfan stigmata

non

A 12 lead rest electrocardiogram
(ECG)

within normal limit

ITU PPE Questionnaire

After checking his/her questionnaire, I approve of his/her participation in training and races.

Yes

No

I hereby certify that the above is correct.

Physician's Name

Date

Hospital / Clinic Name:

Hospital / Clinic Address:

担当 先生 御侍史

診断書作成のお願い

平素お世話になっております。

国際トライアスロン連合（ITU）主催の大会に参加する選手には、別紙の診断書の提出が義務付けられております。

お忙しいところ、お手数をおかけいたしますが、選手が持参しております問診票もご参照の上、診断書の作成をお願い申し上げます。依頼する内容は以下の事項です。

1. 聴診所見

心拍数、脈の不整の有無、心雑音の有無、収縮期クリックの有無

2. 血圧

3. 脈の触知

橈骨動脈（上肢）、大腿動脈（下肢）いずれも左右

4. マルフアン徴候の有無

5. 安静時 12 誘導心電図の所見

6. ITU が指定する PPE 問診票への選手の回答を元に、練習及びレースに出場することを許可できるか

なお、大会参加への最終判断は、作成された診断書および問診票を参照の上、日本トライアスロン連合（JTU）のメディカル委員会にて実施させていただきます。

本件についての詳細は、以下をご参照ください。

PPE（Pre Participation Examination）提出規則

<http://www.jtu.or.jp/news/2017/171106-1.html>

ご不明な点につきましては、以下にお問い合わせください。

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷 1-3-8 第二栄来ビル 6 階
公益社団法人 日本トライアスロン連合
TEL : 03-5469-5401（代） FAX : 03-5469-5403
Email : jtuoffice01@jtu.or.jp

選手の皆様へ

診断書の作成を医師に依頼する際には、あらかじめ問診票の必要事項を記入してから、未記入の診断書と記載済みの問診票を持参した上で受診してください。
また、医師へ診断書作成時に依頼する内容は以下の事項です。

1. 聴診所見

心拍数、脈の不整の有無、心雑音の有無、収縮期クリックの有無

2. 血圧

3. 脈の触知

橈骨動脈（上肢）、大腿動脈（下肢）いずれも左右

4. マルフアン徴候の有無

5. 安静時12誘導心電図の所見

6. ITUが指定するPPE問診票への選手の回答を元に、練習及びレースに出場することを許可できるか

どうぞ、よろしくお願いいたします。

公益社団法人日本トライアスロン連合
メディカル委員会