

日本陸上競技連盟マラソンメディスンセミナー2015 調査票

この度は、日本陸上競技連盟マラソンメディスンセミナー2015にお申込みを頂きまして、ありがとうございます。

セミナーでの議論を活発にさせるため下記項目にご回答を頂き、FAX(番号:03-5321-6591)にて日本陸上競技連盟事務局 山田 宛に、9月10日までにお送りください。

2014年度(2014.4.1～2015.3.31まで)実施のマラソン大会(42.195km)についてご回答をお願いします。それぞれの設問の回答には、スペースを自由にお使いください。

1. 基本情報

貴マラソン大会名						アンケート記入者	
開催年月日	年	月	日				
制限時間	時間	分					
参加登録人数	男	人	女	人	総数		人
実出走数	男	人	女	人	総数		人
完走者数	男	人	女	人	総数		人
スタート時天候	晴れ、曇り、雨、雪、みぞれ、その他						
スタート時気温	℃(スタート地点)						
最終フィニッシュ時天候	晴れ、曇り、雨、雪、みぞれ、その他						
最終フィニッシュ時気温	℃(フィニッシュ地点)						
医療保険について	加入していない						
	傷害保険のみ加入 傷害および疾病保険に加入						

2. マラソン大会医療救護委員会について 設置した 設置しなかった

設置した場合

会合頻度	毎週1回	2週間に1回	1か月に1回	
	2か月に1回	1回のみ	その他	
委員会構成	医師 人、ナース	人、トレーナー	人、事務局	人
	警察 人、消防	人、役所	人、	
	教育委員会、医師会、歯科医師会、薬剤師会			
	その他			

どのように委員をお願いしましたか、ご記載ください。

設置しなかった場合、どのように医療体制を構築されましたか。

3. 事前の救命講習会について 実施した 実施しなかった

実施した場合、誰を対象にしましたか
大会関係者、ランナー、ボランティア、陸協関係者、その他

4. 大会ウェブサイト下記情報を提供しましたか。

申し込み時の健康チェック	配布した	配布しなかった
当日の健康チェック	配布した	配布しなかった
前年度の疾病・障害報告	配布した	配布しなかった
救護所の場所	配布した	配布しなかった
給水・給食の場所	配布した	配布しなかった
トイレの場所	配布した	配布しなかった

上記以外で提供した情報を記載してください。

5. 下記の情報を配布物としてランナーに提供しましたか。

申し込み時の健康チェック	配布した	配布しなかった
当日の健康チェック	配布した	配布しなかった
前年度の疾病・障害報告	配布した	配布しなかった
救護所の場所	配布した	配布しなかった
給水・給食の場所	配布した	配布しなかった
トイレの場所	配布した	配布しなかった
上記以外で配布したものを記載してください		

6. 下記を医療関係者に事前に配布しましたか。

医療・救護マニュアル	配布した	配布しなかった
前年度の疾病・障害報告	配布した	配布しなかった
医療救護本部との連絡経路	配布した	配布しなかった
上記以外で配布したものを記載してください		

7. 医療関係者の携帯電話番号を 事前に把握した しなかった

8. マラソン大会当日の医療体制について

医療救護本部 設置場所
構成員の職種と人数を記載してください。

救護所 設置総数
設置キロ数
各救護所における構成員の職種と人数を記載してください。

コース内の併走ドクター	いた(人)	いなかった
モバイルチーム	いた(チーム)	AED あり なし
	いなかった	
定点チーム	いた(チーム)	AED あり なし
	いなかった	

スタッフ総数 医師 人、ナース 人、トレーナー 人、
救護担当審判 人、ボランティア 人
どのように医師、ナース、トレーナーなどをお願いしましたか。

9. マラソン大会当日の受診状況について

救護所利用者総数	人
配備されたAED総数	台
救護医療本部と救護所の連絡方	固定電話、携帯電話、無線、インターネット、その他
救護医療本部と収容バスの連絡	携帯電話、無線、インターネット、その他
医療スタッフの識別方法	どのようなマークを付けましたか。 赤いスタッフジャンパー、白いスタッフジャンパー、ビブス、赤いシャツ、帽子 白衣、アームバンド、その他() 上記に 医師、医療、AED などのマークを つけた つけなかった

10. 関係機関との連携・協力について

医師会との連携・協力	十分であった	十分ではなかった
救急隊との連携・協力	十分であった	十分ではなかった
後方病院との連携・協力	十分であった	十分ではなかった
地区の行政との連携・協力	十分であった	十分ではなかった
十分ではなかったと感じる理由をお書きください。		

11. 心肺停止事例 あり なし
 ありの場合 km地点、男／女、 歳、救命／死亡
 AED使用 あり なし
 AED使用者 医師、ナース、トレーナー、ランナー、その他

12. 集団災害について 対策を 検討した 検討していない
 対策を 立てた 立てていない
 対策を 実施した 実施していない
 どのような対策を立てたか、実施したか記載してください

13. 熱中症予防について特別な対策を講じている場合に、ご記入ください。

たとえば、事前配布物で熱中症を取り上げる、救護所に塩飴を用意する、等

14. 低体温症予防について特別な対策を講じている場合に、ご記入ください。

たとえば、事前配布物で低体温症を取り上げる、救護所に保温機材を用意する、等

15. 大会当日の医療関係者への謝金(差し支えない範囲でお答えください)

救護所医師 円
 ナース 円
 トレーナー 円

16. セミナー当日に他のマラソン大会の状況で確認したいことはなんでしょうか。記載してください。

17. セミナー当日の討論で、特に何を議論してほしいですか。記載してください。

18. 記載した情報を マラソンメディスンセミナーおよび学会などで大会名が明示されない形で
 発表されることについて 同意する 同意しない

ご協力いただき、誠にありがとうございました。

本アンケートの内容に関するお問い合わせ先
 日本陸上競技連盟医事委員会 山澤文裕
 電話 03-3282-3855
 FAX 03-3282-2423
 E-mail Yamasawa-F@marubeni.com

本アンケートの送付先
 日本陸上競技連盟事務局 山田 真理子
 FAX 03-5321-6591