

令和元年 5 月 7 日

関係者保護者各位

鹿児島陸上競技協会医科学委員会

鹿児島県中学生陸上競技選手の疲労骨折・貧血予防プロジェクトについて

時下、保護者の皆様におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、今回、鹿児島県中学校体育連盟 陸上競技専門部との共同事業として中学生陸上競技選手を対象とした貧血の予防プロジェクトを実施いたします。内容は、貧血の検査として「簡易ヘモグロビン測定」および公認スポーツ栄養士と管理栄養士による栄養指導となっております。Jr選手の強化を見据えた取り組みになりますので、対象となる選手とその先生および保護者の皆様はご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

なお、この取り組みに同意される方は、下記の同意書をもって測定場所までお越しください。

日時：令和元年 5 月 26 日(日)10 時 00 分～17 時 00 分

場所：鴨池補助競技場男子更衣室（当日、測定室を設けます）

対象：① 下記の中・長距離種目で 8 位までに入賞した選手

（男子 800m、1500m；1 年生・共通、3000m）（女子 800m；1 年生・共通、1500m）

② ①以外で貧血検査及び栄養指導を受けたい選手（種目は問いません）

内容：a. 採血を用いない赤外線でのヘモグロビン検査（通常の採血とは多少誤差があることがあります）。

b. 管理栄養士による栄養指導

時間：対象①のうち、土曜日の入賞者で日曜日にレースがない選手はなるべく早い時間帯にお越しください。

測定責任者：鹿児島陸協医科学委員 中畑敏秀 連絡先 nkht1025@gmail.com

※保護者の皆様へ

子どもさんの栄養指導に合わせて、中学生・高校生のお子さんがいらっしゃる保護者の皆様に対してお子さんの栄養や休養に関するアンケート調査を行います。保護者の皆様から集めた情報を今後の活動に活かしたいと考えています。約 5～10 分程度で終わる内容ですので、お手数ですが是非ともご協力ください。アンケートは、右の QR コードもしくは陸協ホームページから開始できます。



----- 切り取り -----

同意書

「鹿児島県中学生陸上競技選手のヘモグロビン測定」について十分な説明を受け、納得できましたので同意し、署名します。

令和元年 月 日

参加者氏名(自署)

保護者氏名(自署)