



レース出場のための健康チェック表

このアンケートは、競技中の万一の事故等に際して、適切な医療処置をするために必要なものです。

◆ 下記の項目にお答えください。

①	昨夜はよく眠れましたか？ また、睡眠時間は？	<input type="checkbox"/> 眠れた <input type="checkbox"/> 眠れない 睡眠時間：_____ 時間
②	昨夜、アルコール類を飲みましたか？ また、その飲んだ量は？	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲んだ→(何を？どれ位？)_____
③	持病はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→(病名は？)_____
④	現在、服用中のお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→(何の薬？)_____
⑤	本日の体調は良好ですか？ 熱・悪寒・だるさ・体の痛みなどは ありませんか？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 熱っぽい <input type="checkbox"/> だるく感じる <input type="checkbox"/> その他→(具体的に)_____
⑥	通常の高血圧の状態は？	<input type="checkbox"/> 平常 <input type="checkbox"/> やや高め <input type="checkbox"/> やや低め
⑦	1ヵ月以内に病気にかかったこと がありますか？(風邪・発熱等含む)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→(病名は？)_____
⑧	上記⑦で「ある」と答えた方のみ。 治療期間は？ その病気は完治していますか？	<input type="checkbox"/> 期間：____月 ____日～ ____月 ____日 <input type="checkbox"/> 完治している <input type="checkbox"/> 完治していない
⑨	過去 1 年以内に病気やケガで、入院・手術 をされたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→(病名は？)_____
⑩	上記⑨で「ある」と回答した方のみ その入院及び手術の受傷部位は？ また、その期間と完治経過は？	<input type="checkbox"/> 入院のみ <input type="checkbox"/> 入院・手術→(手術部位は？)_____ <input type="checkbox"/> 入院期間：____年 ____月 から ____日間
⑪	過去のオープンウォータースイミングレース出 場において、大会を途中棄権した経験はあ りますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→(棄権理由は？)_____

記入日： 年 月 日	大会名：
【ゼッケン番号】	【署名】
【緊急連絡先】	
氏名	電話番号
	続柄