

健康チェックシート

わた SHIGA 輝く国スポーツ水泳競技会オープンウォータースイミング

(ふりがな) 氏名	()	カテゴリ ※○で囲む。	男子・女子
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 歳
都道府県名		血液型	型(RH)
本人連絡先	(携帯)		
本人以外の 緊急連絡先	(ふりがな) (氏名) (携帯)	本人との続柄	

▼以下に当てはまる方は、選手受付所にて申し出てください。

質問事項	回答欄			
	□ すべて いいえ			
・極端に寝不足である	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
・頭痛がする	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
・胸が痛い	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
・呼吸が浅い気がする	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
・重い持病、疾患を持っている	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
・体調が思わしくない	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
・気分が悪い	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
・めまい、立ちくらみがある	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
・動悸、息切れがある	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
・普段から血圧が高い (薬を服用している方は必ず血圧測定をお受けください)	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
・疲労感が強い	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
・寒冷じんましんにかかったことがある	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
・低体温症の経験がある	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
・過換気になったことがある	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
・失神の経験がある	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
・足がつりやすい	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

大会当日、選手受付時に提出してください。