

<健康チェックシート>

第 94 回日本選手権 OWS 競技（大会開催日：2018 年 9 月 23 日）

下記の設問に対して、該当する箇所に○をつけてください。

署名欄に署名した後、当日朝の受付時に提出してください！

次の中で当てはまる項目がある方は救護本部で医師の診察を受けてください。

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

上記以外に気になることがあれば救護スタッフまで気軽にご相談ください。

<署名欄>

氏 名	性 別	年 齢	血液型
本人連絡先 (TEL)	所 属		
緊急連絡先 (TEL) ※本人以外	本人との続柄		