

# 第99回日本学生選手権水泳競技大会OWS競技

## <健康チェックシート>

(大会開催日：2023年8月26日・27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。

署名欄に記入後、大会当日、選手受付時に提出すること！

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>

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		学年	中学・高校・大学 ( )年 ・一般
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 歳
登録団体番号		血液型	型 (RH )
登録団体名			
本人連絡先	(携帯)		
本人以外の 緊急連絡先	(フリガナ)	本人との 続柄	
	(氏名)		
	(携帯)		