

OWSオーシャンズカップ 2024 兼OWSカレッジカップ 2024

健康チェックシート

(大会開催日：2024年6月16日)

<太枠内にご記入またはチェック✓を入れてください。>

大会日	2024年6月16日			距離	<input type="checkbox"/> 10km <input type="checkbox"/> 7.5km <input type="checkbox"/> 5km <input type="checkbox"/> 2.5km
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)				

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。

質問事項	回答欄			
・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、選手受付時に提出すること！