

第100回〔2024年度〕日本学生選手権水泳競技大会OWS競技

(大会開催日：2024年10月13日・14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10月14日(月)			距離	5 km	
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!