

第100回〔2024年度〕日本選手権水泳競技大会OWS競技

(大会開催日：2024年9月28日・29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	<input type="checkbox"/> 2024年9月28日(土) <input type="checkbox"/> 2024年9月29日(日)	距離	<input type="checkbox"/> 10km <input type="checkbox"/> 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!