

健康チェックシート

琵琶湖・長浜オープンウォータースイムレース

(ふりがな) 氏名	()	血液型	型(RH)
生年月日	西暦 年 月 日	年齢	満 歳
本人連絡先	(携帯)		
本人以外の 緊急連絡先	(ふりがな) (氏名) (携帯)	本人との続柄	
種目	5kmトライアル	1km	3km 5km
ゼッケン番号			

※ゼッケン番号は、7月末に送る参加案内メールに記載されています。

次の中で当てはまる項目がある方は救護所で医師の診察を受けてください。

質問事項	回答欄			
	□ すべて いいえ			
・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 (薬を服用している方は必ず血圧測定をお受けください)	☐	はい	☐	いいえ
・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

※上記以外に気になることがあれば受付スタッフまでお申し出ください。

大会当日、選手受付時に提出してください。