

健康チェックシート

OWSすみえカップ 2025

※大会当日、選手受付時に必ず提出してください。

(ふりがな) 氏名			満年齢 (R7.10.19時点)	満 歳
	生年月日	西暦	年	月 日
本人連絡先	(携帯)	血液型		型 (RH)
本人以外の 緊急連絡先	ふりがな			
	氏名			
	参加者との続柄			
	連絡先(携帯)			

※以下に当てはまる方は、救護所にて、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	<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