

この用紙は、大会当日の朝の健康状態を記入して受付に提出してください。

メディカルチェック票

この問診票は、選手の皆さんの健康状態を知るための重要なものとなります。

レースナンバー _____

選手氏名 _____

メディカルチェック（○で囲んでください）

メディカルチェック情報は医療スタッフのみ使用し、他には秘守事項とします。

| | | | |
|----------------------------|--|------|-----|
| 朝 の 状 態 | ■きのうの夜は早寝でしっかり眠れましたか？ | はい | いいえ |
| | ■けさの朝食はしっかり食べましたか？ | はい | いいえ |
| | ■身体にいつもとちがった何か異常はありませんか？ | なし | あり |
| | 「あり」と答えた人は状態をくわしく記入してください。 (体温 _____ °C) | | |
| 身 体 に つ い て | ■過去に大きな病気にかかったことがありますか？ | なし | あり |
| | 「あり」 病名: | | |
| | ■アレルギーはありますか？ | なし | あり |
| | 「あり」の場合くわしく アレルギー原因 | | |
| | ■現在、何かの病気などで服用している薬がありますか？ | なし | あり |
| | 「あり」 病名: 医薬品: | | |
| ■緊急の場合、医師に報告しておくことがありますか？ | なし | あり | |
| 「あり」の場合くわしく | | | |
| ■かかりつけの病院・医師等があれば記入して下さい。 | | | |
| 病院名 | | | |
| 担当医師名 | | 電話番号 | |