

この用紙は、大会当日の朝の受付時に提出してください。

問 診 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 _____)		
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	