

＜健康チェックシート＞

OWS_10km 強化練習試合（大会開催日：2017年6月3日）

★下記の項目を確認後、署名欄に氏名を記入し、当日朝の受付時に

提出してください！

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。

- ・ 極端に寝不足である
- ・ 前日に深酒をしている
- ・ 頭痛がする
- ・ 胸が痛い
- ・ 呼吸が浅い気がする
- ・ 重い持病、疾患を持っている
- ・ 体調が思わしくない
- ・ 気分が悪い
- ・ めまい、立ちくらみがある
- ・ 動悸、息切れがある
- ・ 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）
- ・ 疲労感が強い
- ・ 寒冷じんましんにかかったことがある
- ・ 低体温症の経験がある
- ・ 過換気になったことがある
- ・ 失神の経験がある
- ・ 足がつりやすい
- ・ 持病がある（病名：_____）

上記以外に気になることがあれば救護スタッフまで気軽にご相談ください。

＜署名欄＞

氏 名	性 別	年 齢
本人連絡先（TEL）	所 属	
緊急連絡先（TEL）※本人以外	本人との続柄	