

# OWSオーシャンズカップ 2025 兼OWSカレッジカップ 2025

## 健康チェックシート

(大会開催日：2025 年 6 月 15 日)

<太枠内にご記入またはチェック✓を入れてください。>

|                |                 |   |   |   |             |                                                                                                 |  |
|----------------|-----------------|---|---|---|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 大会日            | 2025 年 6 月 15 日 |   |   |   | 距 離         | <input type="checkbox"/> 10 km<br><input type="checkbox"/> 5 km <input type="checkbox"/> 2.5 km |  |
| フリガナ           |                 |   |   |   | 性 別         | 男 ・ 女                                                                                           |  |
| 氏 名            |                 |   |   |   | 学 年         | 中学・高校・大学 ・ 一般<br>(       ) 年                                                                    |  |
| 生 年 月 日        | 西暦              | 年 | 月 | 日 | 年 齢         | 満 歳                                                                                             |  |
| 登録団体番号         |                 |   |   |   | 血 液 型       | 型 (RH       )                                                                                   |  |
| 登 録 団 体 名      |                 |   |   |   |             |                                                                                                 |  |
| 本人連絡先          | (携帯)            |   |   |   |             |                                                                                                 |  |
| 本人以外の<br>緊急連絡先 | (フリガナ)          |   |   |   | 本人との<br>続 柄 |                                                                                                 |  |
|                | (氏 名)           |   |   |   |             |                                                                                                 |  |
|                | (携 帯)           |   |   |   |             |                                                                                                 |  |

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。

| 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<br>(薬を服用している方は必ず血圧測定をお受けください) | <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 |

**大会当日、選手受付時に提出すること！**