



健康チェックシート



【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	西暦 年 月 日	出場距離	<input type="checkbox"/> 5km <input type="checkbox"/> 2km <input type="checkbox"/> 1km
氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日	学年	中学・高校・大学・一般 ()年
本人連絡先	(携帯)	年齢	満 歳
本人以外の 緊急連絡先	(フリガナ) (氏名) (携帯)	本人との 続柄	

【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・立ちくらみがする	<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
・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
・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