

# <OWS健康チェックシート>

東京都選手権 OWS 競技 in 大島（大会開催日：2024年7月6～7日）

下記の設問に対して、該当する箇所に○をつけてください。  
署名欄に署名した後、当日朝の選手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、当日の受付の際に医師の診察を受けてください。

- ・大会当日の体温 ℃
  - ・極端に寝不足である ( はい ・ いいえ )
  - ・頭痛がする ( はい ・ いいえ )
  - ・胸が痛い ( はい ・ いいえ )
  - ・呼吸が浅い気がする ( はい ・ いいえ )
  - ・重い持病、疾患を持っている ( はい ・ いいえ )
  - ・体調が思わしくない ( はい ・ いいえ )
  - ・気分が悪い ( はい ・ いいえ )
  - ・めまい、立ちくらみがある ( はい ・ いいえ )
  - ・動悸、息切れがある ( はい ・ いいえ )
  - ・普段から血圧が高い ( はい ・ いいえ )
- (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 ( はい ・ いいえ )
  - ・寒冷じんましんにかかったことがある ( はい ・ いいえ )
  - ・低体温症の経験がある ( はい ・ いいえ )
  - ・過換気になったことがある ( はい ・ いいえ )
  - ・失神の経験がある ( はい ・ いいえ )
  - ・足がつりやすい ( はい ・ いいえ )
  - ・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>

所属	団体名：		
	(登録団体番号： _____)		
氏名		年齢	
性別		血液型	
緊急連絡先			
カナ			
氏名	(続柄： _____)		
電話番号 (携帯番号推奨)			