

受付者	
-----	--

すさきオープンウォータースイミング2025 健康チェックシート

＜ご記入またはチェック☑を入れてください＞

大会日	2025年10月18日（土）	参加部門	☐ 10km ☐ OWSクリニック・検定
フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名		学 年 等	小学・中学・高校・大学・一般 （ 年）
生 年 月 日	年 月 日	年 齡	満 歳 ※大会当日
本人連絡先	（携帯）	血 液 型	型（RH ）
本人以外の 緊急連絡先	（フリガナ） ----- （氏 名） ----- （携 帯）	本人との 続 柄	

＜大会当日のご自身の状況についてチェック☑を入れてください＞

＜次の中で当てはまる項目がある方は、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	☐	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
・ 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）	☐	はい	☐	いいえ
・ 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

大会当日、選手受付時に提出をお願いします

すさきオープンウォータースイミング実行委員会