

「湘南オープンウォータースイミング2025」 問診票(65 歳以上の方)

※大会当日「救護テント」へお持ちいただき問診を受けてください。

エントリーNO		フリガナ			年齢	歳
		参加者氏名				
身長	cm	体重	kg	血液型	型 (+ -)	

◆過去にオープンウォータースイミングやトライアスロン等、海で泳ぐ競技に参加したことがありますか？ 有（湘南 OWS 参加 回、 その他の大会等） ・ 無

◆ 過去 5 年間に、病気・けが（入院・手術を含む）の治療をしたことがありますか。

いつ（ 年 月 日 ～ 日）

病名（ ） 完治の有無（ 有 ・ 無 ）

◆ 現在治療中の病気（けが）があれば記載してください。

病名/けが（ ） いつ（ 年 月 日 ～ 日）

薬の種類（ ）

◆ アレルギーはありますか？あればその種類を記載してください。（喘息、鼻炎、食物アレルギーなど） アレルギーの有無（ 有 無 ）

アレルギーの種類（ ）

◆ 普段の血圧はいかがですか。

平常 高め 低め

◆ 最近の体調はいかがですか。

正常 悪い

<緊急連絡先>

氏名		参加者との関係	
住所		電話	()

大会前には十分練習を重ね、以下の点について十分注意された上で、各自の責任においてご参加ください。裏面に続く。

☐ 大会前夜はアルコール類を飲まないこと。

☐ 大会前夜の睡眠は充分に取ること。

☐ 大会当日の朝食はできる限り取ること。

尚、大会での事故については、応急処置や傷害保険で一定の対応をしますが、それ以外は一切責任を負いかねますので、ご了承ください。

特定非営利活動法人湘南マリンオーガニゼーション
湘南オープンウォータースイミング実行委員会