

問診票(65歳以上の方)

※事前にご記入のうえ、大会当日は問診票を持って「救護テント」へお越しください

出場種目	8kmOWS ・ 2.5kmOWS ・ 2.5kmフィンスイミング				
ゼッケン番号 BIB No.		ふりがな		年齢	
		参加者氏名			歳
[緊急連絡先]お名前		電話番号		参加者との続柄	

身長	cm	体重	kg	血液型	型 Rh(+ -)
----	----	----	----	-----	-----------

以下の質問について、該当するものに☑をしてください。

1	現在、体調が悪いところがありますか？	☐ ない ☐ ある()
2	発熱、倦怠感、風邪症状、下痢などがありますか？	☐ ない ☐ ある()
3	最近、普段より疲れやすいと感じますか？	☐ いいえ ☐ はい
4	睡眠は十分にとれていますか？	☐ はい ☐ いいえ
5	心臓の病気を指摘されたことがありますか？	☐ ない ☐ ある()
6	狭心症・心筋梗塞などの治療を受けたことがありますか？	☐ ない ☐ ある()
7	不整脈を指摘されたことがありますか？	☐ ない ☐ ある()
8	血圧が高いと言われていませんか？	☐ いいえ ☐ はい
9	運動中や運動後に、胸の痛み・圧迫感・動悸が出ることがありますか？	☐ ない ☐ ある()
10	運動中に、めまい・ふらつき・失神をしたことがありますか？	☐ ない ☐ ある
11	肺や呼吸器の病気がありますか？	☐ ない ☐ ある()
12	泳いでいるときや運動中に、息苦しくなることがありますか？	☐ ない ☐ ある
13	現在、治療中の病気がありますか？	☐ ない ☐ ある()
14	現在、薬を服用していますか？	☐ いいえ ☐ はい 薬名:
15	過去に入院・手術を受けたことがありますか？	☐ ない ☐ ある()
16	これまでに水泳・OWS 中に体調不良になったことがありますか？	☐ ない ☐ ある()
17	今回の参加に不安を感じていることがありますか？	☐ ない ☐ ある()
18	今回の OWS 参加について、医師に相談したいことがありますか？	☐ ない ☐ ある
	[相談内容]	

医師記入欄

参加について	☐ 参加可	☐ 参加見合わせを推奨	☐ 医療機関への受診を推奨
医師コメント:			
医師署名:			
日付:2026年9月 日			

☆BT: °C ☆BP: / mmHg ☆PR: /min ☆RR: / min ☆SpO₂: %