

健 康 チ ェ ッ ク シ ー ト

※必ず事前にご記入のうえ、参加者受付時にご提出ください

1	昨夜は十分な睡眠をとりましたか？ 睡眠時間は何時間とれましたか？	☐ はい ☐ いいえ 睡眠時間()時間
2	朝食を摂りましたか？	☐ はい ☐ いいえ
3	昨夜、アルコール類を飲みましたか？	☐ いいえ ☐ はい()
4	現在、医師から運動を控えるように指示されていますか？	☐ いいえ ☐ はい
5	現在、治療中の病気はありますか？	☐ いいえ ☐ はい()
6	現在、服用中のお薬はありますか？	☐ いいえ ☐ はい()
7	通常の血圧の状態はいかがですか？	☐ 正常 ☐ 高い ☐ やや高め ☐ やや低め ☐ 低い
8	1 か月以内に病気にかかったことがありますか？ (風邪症状・発熱等も含む)	☐ いいえ ☐ はい()
9	過去1年に病気やケガで入院や手術をされたことはありますか？	☐ いいえ ☐ はい ____年 ____月 ~ ____年 ____月 病名()
10	9で「はい」と答えた方のみ その病気は完治していますか？	☐ はい ☐ いいえ(治療中・未治療)
11	薬剤や食物、その他のアレルギーはありますか？	☐ いいえ ☐ はい()
12	現在、以下の症状はありませんか？ ☐ 発熱・悪寒 ☐ 強い倦怠感 ☐ 頭痛・めまい・ふらつき ☐ 吐き気・嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 咳・息苦しさ ☐ 動悸 ☐ 呼吸が苦しい ☐ 胸の痛み・胸部不快感 ☐ その他、泳ぐことに不安を感じる症状	☐ はい ☐ いいえ ※血圧を測りたい方や、体調について医師に相談したいことがある方は、救護テントまでお越しください
13	今朝の体温	_____℃ (平熱 _____℃)

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.		署 名	
緊急連絡先	お名前	電話番号	参加者との続柄



※ゼッケン番号はナンバー検索サイトからご確認いただけます

記入日 2026年 月 日