

ねんりんピック石川2010健康調査票

都道府県名 政令指定都市名		参加種目	
ふりがな	性別	生年月日	年齢 血液型 身長 体重
氏名	男・女	M・T・S	歳 型 cm kg

(注) 年齢は、年齢早見表により記入してください。

この調査は、あなたの健康状態を把握し、大会期間中の医療救護に活用するためのものです。この調査票に記載された個人情報については、大会実行委員会及び交流大会を開催する市町実行委員会で厳重に保管します。

下記のイ～クのいずれかの項目に該当する場合は、事前に医師の健康診断を受け、中段の医師証明欄に「本大会に出場しても差し支えない」ことを証明してもらってください。

なお、アに該当する場合においても、事前に健康診断を受けてください。

調 査 項 目 (該当するものに○印及び、記入をしてください。)
ア 健康面で異常はない。(以下のいずれにも該当しない。)
イ 現在、体調がすぐれない。(症状:)
ウ 運動時に、次のような症状がある。(症状にも○印)
1 たちくらみ 2 めまい 3 どうき 4 息切れ 5 胸が痛い
6 胸がしめつけられる 7 意識がなくなる 8 その他 ()
エ 今までに、心電図又は運動負荷心電図をとり、異常があった。
オ しびれ、痛み、はれ等を感じる部分がある。
(部位:)
カ 下記の病気に (過去にかかったことがある ・ 現在かかっている) (下記の病名にも○印)
1 心臓病 2 脳血管障害 3 高血圧 4 糖尿病 5 高脂血症
6 腎臓病 7 肝臓病 8 がん 9 その他 (病名:)
～選んだ病気についてお答えください～
・容態は (安定 ・ 不安定)
・現在治療中 (はい ・ いいえ)
・薬を服用 (している ・ していない)
(薬の名前:)
キ 今までに大きな手術を受けたことがある。(病名: 年齢: 歳)
ク その他(例:薬物アレルギーがある。)

医 師 証 明 欄 (調査項目イ～クに該当の場合、医師に記入してもらってください。)
現時点において、大会に出場しても差し支えないことを証明します。
平成 年 月 日
所在地
医療機関名
及び医師名 印

誓 約 書
私は、自己の身体上の理由により、大会参加中に生じた事故については、私の責任において処理し、主催団体、主管団体等に一切迷惑をおかけしないことを、家族とともに誓約します。
平成 年 月 日
(ふりがな)
本人自署 印
(ふりがな)
家族代表自署 印
[緊急連絡者名: 続柄 () 電話番号 () -]

「ア 異常なし」の場合は、参加申込団体で切り取る。