

<OWS 健康チェックシート・同意書>

本シートに記入いただいた個人情報は、本大会が適切に扱い2週間保管後処分致します。参加者の健康状態の把握及び必要な連絡のみに利用し、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除き、本人の同意を得ずに第三者に提供しません。

フリガナ			性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏名			携帯番号			
メールアドレス			宿泊ホテル			

種目	5km	3km	1km	リレー
ゼッケン番号				
※出場する種目の下にゼッケン番号を記入すること※ゼッケン番号はスタートリストで確認し、記入すること				
緊急連絡先	氏名		続柄	電話番号

○大会当日の健康状態 ※該当する場合には「✓」を記入して下さい。	
「ア」から「オ」全ての項目に「✓」の記入がない場合には参加できません。	
ア. 平熱を超える発熱がない	
イ. 咳(せき)、のどの痛みなどの風邪症状がない	
ウ. だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)がない	
エ. 嗅覚や味覚の異常がない	
オ. 体が重く感じる、疲れやすいなどがない	

1. 昨夜の就寝時刻は何時ですか？	時 分頃
2. 今朝の気象時刻は何時ですか？	時 分頃
3. 睡眠時間は何時間ですか？	時間 分程度
4. 昨夜は泉南付近での前泊でしたか？	はい ・ いいえ
5. 今日は何時に家を出発しましたか？(泉南付近での前泊者を除く)	時 分頃
6. 今朝は熱があったり、だるい症状はありますか？	はい ・ いいえ
7. 体調は普段と変わりありませんか？	はい ・ いいえ
8. 普段から血圧は高めですか？	はい ・ いいえ
9. 医師から血圧を下げる薬を処方され、服用していますか？	はい ・ いいえ
10. 医師から不整脈があると指摘されたことがありますか？	はい ・ いいえ
11. 医師から心臓系で注意するように指摘されたことはありますか？	はい ・ いいえ
12. 医師から呼吸器系で注意するように指摘されたことはありますか？	はい ・ いいえ
13. その他医師の指導で治療中の疾患などはありますか？	はい ・ いいえ
14. (13で「はい」の場合)疾患名を記入して下さい。	
疾患名()	
15. 現在服用中の薬はありますか？	はい ・ いいえ
16. (15で「はい」の場合)疾患名を記入して下さい。	
服用中の薬()	

(一社)泉南スポーツコミッション協会 様	2026年9月 日
同意書	
大会参加に同意し、チェックシートを提出します。	
住所	
氏名	
※選手が高校生以下の場合、保護者の自署が必要→ 保護者氏名	

上記以外に気になることがあれば救護スタッフまでご相談ください。