

メディカルチェックシート

以下の質問に正確にお答え下さい。(○をつけるか記述して下さい)

- | | |
|----------------------------|---|
| ☆ 本日の体調は | 良い、普通、37.5℃以上発熱有、二日酔い、寝不足、下痢気味
その他() |
| ☆ 現在、何か治療を受けたり、薬を常用・所持している | ない、ある→() |
| ☆ 過去に手術を受けたり、入院したことがある | ない、ある→() |
| ☆ 血圧をコントロールする薬を飲んでいる | ない、飲んでいる 薬の服用量、時間等を下記に記載
() |
| ☆ 心臓の病気をしたことがある | ない、ある→() |
| ☆ 糖尿病の治療を受けている | ない、受けている(インシュリンを打っている・薬を飲んでいる) |
| ☆ ひきつけ、痙攣を防ぐために薬を服用している | ない、飲んでいる 薬の服用量、時間等を下記に記載
() |
| ☆ 乗り物酔いをしたことがある、酔うとひどい | ない、ある→() |
| ☆ 食べ物や動植物、薬等のアレルギーがある | ない、ある→() |
| ☆ 重い頭部外傷(脳震盪)を受けたことがある | ない、ある→() |
| ☆ 耳が痛んだり、鼓膜を破いたことがある | ない、ある→() |
| ☆ 喘息または、その他の胸の病気がある | ない、ある→() |
| ☆ 鬱状態になったことがある | ない、ある→() |
| ☆ 生活習慣病の可能性はある | ない、ある()
喫煙、飲酒、高血圧、家族に心臓発作や脳梗塞になったことがある方がいる等 |
| ☆ その他気になることがあればご記入ください | ない、ある→() |

以下は女性のみお答え下さい。

- | | |
|------------------------|-----------|
| ☆ 現在、妊娠している、もしくは可能性がある | ない、ある→() |
|------------------------|-----------|

口上記事項について嘘・偽りが無いことを誓います。

参加者の署名 _____

未成年者の場合保護者の署名 _____