

医療関係質問事項

OFFICIAL USE ONLY
RACE NO.
登録番号

ふりがな

参加選手
氏名

カテゴリ

記入日 20__年__月__日 診断書の添付の必要はありません

日本選手権(Aタイプ)または五島長崎(Bタイプ)

以下は五島長崎国際トライアスロン大会実行委員会の医療スタッフおよび(公社)日本トライアスロン連合 メディカル委員会が行うレース中の事故、病気等について適切な処置をするために必要な情報です。

YESかNOにチェックをしてください。

YESにチェックをした場合には、下の欄にその内容を詳しく記入してください。

必要ならば用紙を添付してもかまいません。

ただし大会開催中に万一傷病が発生した場合、主催者の判断による応急手当および応急処置を受けることを承諾していただくこととなります。

(チェック)

はい いいえ

【質問1】現在、病気や外傷のため、医師の診断・検査・治療(投薬・入院・手術)を受けていますか?

上記質問で「はい」と答えた方は記入ください。

※例:高血圧、心臓病、喘息、肺疾患、糖尿病、肝臓病、胃腸病、腎臓病、血液疾患、ヘルニア、その他
※血圧のお薬を常用の方は必ずご入力ください。別途、処方箋の提出をお願いする場合があります。

はい いいえ

【質問2】過去に大きな病気をしたことがありますか?

上記質問で「はい」と答えた方は記入ください。

※病名

はい いいえ

【質問3】現在常用している医薬品はありますか?

上記質問で「はい」と答えた方は記入ください。

※医薬品の名前、種別、効能等の記入をお願いします

はい いいえ

【質問4】薬品や海洋生物に対してアレルギーがありますか?

上記質問で「はい」と答えた方は記入ください。

※特に食べ物・薬物アレルギーについては詳細に記入をお願いします

はい いいえ

【質問5】聴力・視力・言語について障がいがありますか?

上記質問で「はい」と答えた方は、障がいについて詳細を記入ください。

はい いいえ

【質問6】そのほか大会の医療スタッフに知っておいてほしいことがありますか?

上記質問で「はい」と答えた方は記入ください。