

## 基礎疾患確認用問診票

記入日

氏名 生年月日 年齢 性別 血液型

身長 体重 住所

JWWF登録番号

保護者  
氏名 印 本人との関係 連絡先

○以下の質問を読んで、該当するものがあれば右の回答欄に記入してください。

- ・現在患っている病気、怪我等  
（手術をしていればその旨も）

症名

- ・現在服用している薬（※）

内服薬名

- ・現在通院している医療機関

病院名

主治医

- ・過去に患った大きな病気、怪我等  
（手術をしていればその旨も）

症名

- ・上記の症状があった時期、期間

いつ~いつまで

- ・上記の際、通院していた医療機関

病院名

主治医

- ・過去の輸血歴
- ・薬剤アレルギー
- ・食物アレルギー

有 ・ 無

薬名

品目

- ・アルコール 飲まない・飲む ⇒（週に 回、何をどれくらい を
- ・たばこ 吸わない・止めた・吸っている ⇒（ 本/日）（喫煙歴 年）

◆大会期間中に負傷または疾病が生じた場合において、医療従事者が応急処置を施すことを承諾します。

はい・いいえ

◆大会期間中に負傷または疾病が生じた場合において、加入のスポーツ団体保険の補償範囲内とし、自己責任であることを承諾します。

はい・いいえ

※服用している薬がある場合、お薬手帳、一覧等を持参して下さい。

## COVID-19問診票

記入日

氏名 生年月日 年齢 性別 血液型

身長 体重 住所

JWWF登録番号

保護者  
氏名① 印 本人との関係 連絡先保護者  
氏名② 印 本人との関係 連絡先

## ◆以下の質問を読んで、該当するものがチェックしてください

・二週間前から健康状態で発熱/咳/喉の痛み/下痢など、体調に異常がありますか

はい ☐ いいえ ☐

・現在健康状態で発熱/咳/喉の痛み/下痢など、体調に異常がありますか

はい ☐ いいえ ☐

・現在病気などで通院中ですか

はい ☐ いいえ ☐

・過去、心臓病など大きな病気を患ったことはありますか

はい ☐ いいえ ☐

・この一週間を振り返って、疲れていると思いますか

ひどく ☐ 少し ☐ いいえ ☐

・昨日、通常量以上の飲酒をしましたか

はい ☐ いいえ ☐

・昨夜は、睡眠時間が通常に比べて少ないですか

はい ☐ いいえ ☐

・競技に参加するにあたって、健康上不安なことはありますか

はい ☐ いいえ ☐

※炎天下、高湿度などの環境下でのスポーツ運営には危険を伴う場合があります。

競技運営中に体調が悪くなったら、医師/看護師にご相談下さい。ご自身の安全を確保してください。