

全国障害者スポーツ大会 選手調査票 (A)

競技名			ふりがな			
			氏 名			

1 緊急連絡先に関すること

緊急連絡先 ※①から③まで優先順に記入してください。	①	本人			連絡先	電話番号	
	②	対応者 氏名		続柄		連絡先	電話番号
	③	対応者 氏名		続柄		連絡先	電話番号

2 健康状態に関すること

疾患名						
既往歴						
服薬の内容	(服薬している薬の種類や名称等を詳しく記入してください。)					
症状の有無と その対処法	(発作等の症状と症状が出たときの対処法についてご記入ください。)					
かかりつけの 病院名と連絡先	医療機関名 :					
	電話番号 :					
	現在、通院している方は、チェックをお願いします。					
	大会参加に当たっては、主治医の同意を得ています。 <input type="checkbox"/>					

チェック欄

3 食物アレルギーに関すること

【食物アレルギーの有無について、該当する方に○印を付けてください。】													
	なし			あり									
【「あり」の場合、食物アレルギーを引き起こす食品に○印を付けてください。】													
	卵	乳	米	そば		落花生		くるみ	魚卵	エビ			
	カニ		キウイ		牛肉		鮭		さば		大豆		いか
	タコ		鶏肉		豚肉		桃		山芋		りんご		バナナ
	その他												
«上記で選択したアレルギー物質について詳しくお答えください。»													
熱を加えたもの				食べられる		食べられない		(品目 :)					
加工されたもの				食べられる		食べられない		(品目 :)					
つなぎに使用されている場合(卵・牛乳等)				食べられる		食べられない		(品目 :)					
調味料の成分に含まれている場合				食べられる		食べられない		(品目 :)					
エキスとして使用している場合				食べられる		食べられない		(品目 :)					
アレルギー物質に触れた場合				問題あり		問題なし		()					
微量混入した場合				問題あり		問題なし		()					
【「あり」の場合、食物アレルギーの原因食物を食べた場合の症状についてご記入ください。】													

御協力ありがとうございました。