

# 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。		

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。