

# 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 <small>※①から③まで優先順に記入してください。</small>	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。