

9/24 大会当日、選手受付時に必ず提出してください。

下記 (A) (B) の項目のうち、1つでも当てはまる項目がある場合、

◎ 大会参加の可否について、かかりつけ医によく相談してください。

◎ かかりつけ医の指導のもと、検査や治療を受けてください。

◎ レースに参加する場合は、自己責任で行ってください。

※ より安全に競技参加していただくために行うものです。正確に漏れの無いように記入してください。

事前 健康チェックシート

(※概ね1週間前までには記入してください。)

レースNO :

氏名 :

年齢 :

(A) 下記の項目 (1~5) のうち1つでも当てはまる項目があれば、トライアスロン大会参加の可否について、かかりつけ医によく相談して、医師の指導のもと、健康診断や心臓検診を受けて下さい。トライアスロン大会に参加する場合には、自己責任で行って下さい。

1	心臓病 (心筋梗塞、狭心症、心筋症、弁膜症、不整脈、川崎病による冠動脈瘤など) の診断を受けている、もしくは治療中である。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	突然、気を失ったこと (失神発作) がある。けいれん発作を起こしたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	血縁者に「いわゆる心臓マヒ」で突然に亡くなった方がいる (突然死) 。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	最近1年以上、健康診断を受けていない。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	胸が苦しくなったことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

(B) 下記の項目 (6~10) は、心筋梗塞や狭心症になりやすい危険因子です。当てはまる項目があれば、かかりつけ医に相談し、トライアスロン大会参加前までに状態を安定させて下さい。

6	血圧が高い (高血圧)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	血糖値が高い (糖尿病)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	コレステロールや中性脂肪が高い (高脂血症)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	たばこを吸っている (喫煙) (喫煙歴 年)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	BMI (体重kg/身長m/身長m) が25以上ある。(例: $70\text{kg} \div 1.7\text{m} \div 1.7\text{m} \approx 24.2$)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

上記項目に1つでも「はい」にチェックがあった場合、大会前にかかりつけ医を受診又は循環器内科で運動負荷心電図による許可を受けることを推奨します。

また、チェックがあった場合、大会当日、救護所の医師に相談してください。結果によってはスイム競技を行わない、もしくは出場を辞退いただく場合がございます。

※下記11、12については、かかりつけ医を受診していない場合、運動負荷試験を実施していない場合は、お答えいただく必要はありません。

11	かかりつけ医を受診して大会参加に問題があると言われている。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	運動負荷試験を受け異常があると言われた。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

かかりつけ医は、皆さんの健康や体調を管理してくれる身近なドクターです。

かかりつけ医をきちんと決めて、各種の検査やレース参加などについて相談してください。

大会ホームページには、メディカル情報を紹介しています。必ずご確認ください。

- ・トライアスロン競技の特性と心構え
- ・運動中の事故を防止するために ~競技団体からの提言~
- ・運動負荷試験及びスポーツドクターの紹介
- ・心肺蘇生の紹介

裏面あり

