

# メディカルチェックシート

《ドライバー・ライダー 問診表》



本メディカルチェックシートは、サーキット走行に適切な健康状態であることを確認・申告する為の問診表です。  
安全な走行を行なう為に、全ての項目をご記入いただき、現在の体調や持病、既往症、過去の事故歴、障がい者手帳、  
てんかんなどをお持ちの方は正しくご記入ください。  
本メディカルチェックシートは、健康状態を確認するためのみに使用し、その他には使用いたしません。

※以下項目をご記入いただきご提出をお願いいたします。

			記入日	
			/	/
氏名：(フリガナ)	年齢	性別	身長	体重
( )	歳	男・女	cm	kg

1) 持病・既往症はありますか？(※骨折等の外傷は除く)	はい	いいえ
------------------------------	----	-----

※ "はい"とご回答された方は、その持病、既往症を記入してください。

持病・既往症名：		
① 具体的症状：		
② 医師にかかっていますか？	はい(病名： )	いいえ
③ アレルギーはありますか？	はい(アレルギー名： )	いいえ
④ 使用中の薬剤はありますか？	はい(薬剤名： )	いいえ
⑤ 感染症はありますか？	はい(症名： )	いいえ

2) 障がい者手帳を持っていますか？	はい	いいえ
--------------------	----	-----

※ "はい"とご回答された方は、障がい名を記入してください。

障がい名：	等級
-------	----

3) 過去1年以内に転倒・クラッシュのご経験はありますか？	はい	いいえ
-------------------------------	----	-----

※ "はい"と回答された方は、下記の設問にお答えください。

① 何回 転倒・クラッシュを経験しましたか？	回
------------------------	---

※ その中で最も大きな事故についてお聞きします。

②	発生年月日	年 月 日 時頃
	サーキット名/大会名・走行名	
	交通事故	
	負傷の有無	※負傷がある場合のみ記載 ない
	現在の負傷時後遺症状	※後遺症状がある場合のみ記載 ない

4) 現在の体調はいかがですか？	良い	良くない
------------------	----	------

① (現在の状態・病名・具体的な症状など： )	なし
② (使用中の薬剤名： )	ない

5) その他にスポーツ走行に際して事前に伝えておきたい事がありましたら、ご記入ください

--	--

備考
----

受付	処理
20 / /	