【TRMC-S】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、走行に適切な健康状態である事を確認・申告するための問診表です。
安全な走行を行うために、持病、既往症がある方は、正しくご記入の上、提出してください。

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。
モビリティリゾートもてぎが医師等と協議した結果、スポーツ走行に適さない健康状態にあると判断した場合、入会および会員資格を継続いただく事ができません。
なお、次の持病、既往歴がある方につきましては、入会および会員資格を継続いただく事ができません。あらかじめご了承ください。
●認知症、●アルコール・薬物中毒の方（麻薬・大麻・覚醒剤などの精神に支障をきたす薬物）、 ●精神神経疾患加療中の方（統合失調症、双極性障害など）
●脳血管障害・神経疾患の既往のある方または加療中の方（てんかん、脳梗塞/脳出血後遺症、四肢麻痺など）
●循環器疾患の既往のある方または加療中の方（狭心症、心筋梗塞、不整脈など）、●重度の眠気を呈する睡眠障害のある方、睡眠導入剤を内服中の方
●著しい出血傾向のある方、出血傾向を助長する薬を内服中の方、 ●糖尿病のコントロールがついていない方（無自覚の低血糖など）

※以下項目をご記入いただきご提出をお願い致します。

記入日	氏名	年齢	性別
20　年　月　日		歳	男 ・ 女

1）障がい者手帳を持っていますか？ □ はい □ いいえ

※「**はい**」と回答された方は、障がい名を記入してください

	等級	

2）以下の持病・既往症はありますか？
※「はい」と回答された方は、その疾患にチェックマークを入れてください □ はい □ いいえ

□ 糖尿病 □ 高血圧	※直近の検査データのご提出が必要となります。（※検査データ：本人の名前、薬剤、数値が把握できる物） ※検査データ数値、服用薬剤により、主治医の診断書、または情報提供書が必要になる可能性もございます。 ・服用中の薬剤名をご記入ください （薬剤名： ）
□ 循環器疾患 （狭心症、心筋梗塞、不整脈など）	持病・既往症名： ・服用中の薬剤名をご記入ください （薬剤名： ）
□ 精神神経科疾患 （統合失調症、双極性障害など）	持病・既往症名： ・服用中の薬剤名をご記入ください （薬剤名： ）
□ 神経科疾患 （てんかん、脳梗塞/脳出血後遺症、四肢麻痺など）	持病・既往症名： ・服用中の薬剤名をご記入ください （薬剤名： ）
□ アレルギー疾患 （花粉症など）	持病・既往症名： ・服用中の薬剤名をご記入ください （薬剤名： ）

3）2）以外の持病、既往症はありますか？（骨折等の外傷は除く） □ はい □ いいえ

持病・既往症名：	
具体的な症状：	
上記について通院中ですか？	□はい（病名： ） □ いいえ
薬剤・食物アレルギーはありますか？	□はい（アレルギー名： ） □ いいえ
服用中の薬品をすべてお書きください	（薬剤名： ）

4）抗血小板・抗凝固薬（血液をサラサラにする薬）を服用していますか？（主治医にご確認ください）

走行中の事故等により出血した場合、血が止まらない等のリスクがある事を承諾します。 □ はい

内容につきまして、記載のとおり相違ございません。

年　月　日

ご本人署名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【ご提出先】
FAXの場合：0285-64-0209
郵送の場合：〒321-3597 栃木県芳賀郡茂木町桧山120-1
ホンダモビリティランド株式会社 モビリティリゾートもてぎ
モータースポーツ課 TRMC-S事務局
【メディカルチェックシートに関するお問い合わせ】
TRMC-S事務局 Tel. 0285-64-0200 受付時間 10:00～16:00

事務局記入欄									
入会区分	TRMC-SライセンスＮｏ.							受付日	担当
								２０　年　月　日	
備考									

書式更新：　2022/3/7