

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・申告する為の問診表です。安全な走行を行う為に、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為のみに使用しその他には使用いたしません。

※申告が必要な方は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（西暦）20 年 月 日

SMSC会員氏名			SMSCライセンス区分		SMSCライセンスNo.			
血液型	年齢	性別	レースエントリーの場合のみご記入ください					
Rh + - 型	歳	男・女	参加クラス		身長	体重	備考	
					cm	kg		

1) 持病・既往症はありますか？（骨折等の外傷は除く）		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
※”はい”と回答された方は、その持病、既往症を記入してください。			
持病・既往症名：			
①	① 具体的症状：		
②	② 医師にかかっていますか？	<input type="checkbox"/> はい（病名；	<input type="checkbox"/> いいえ
③	③ アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> はい（アレルギー名；	<input type="checkbox"/> いいえ
③	③ 服用中の薬剤はありますか？	<input type="checkbox"/> はい（薬剤名；	<input type="checkbox"/> いいえ
④	④ 感染症はありますか？	<input type="checkbox"/> はい（症名；	<input type="checkbox"/> いいえ
2) 障がい者手帳を持っていますか？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
※”はい”と回答された方は、障害名を記入してください。			
		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したか？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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	① 何回ありましたか？	回	
その内、最も大きな事故についてお聞きます。			
	発生年月日	年	月 日 時頃
	サーキット名 大会名・走行名		
②	② 交通事故	・単独事故 ・出合頭 ・追突 ・その他	
	負傷の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし ※”ある”と回答された方は、負傷部位・傷病名を記入してください。 (負傷部位； 傷病名；)	
	現在の症状	例) 完治・腕が動かない・障害が残った 等	
4) 現在の体調はいかがですか？		<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 良くない
※”良くない”と回答された方は、今現在の状態・症状を記入してください。			
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記入してください。			

備考

受付	処理