

| | |
|-------------|-----------|
| 127 (男子) | 区 分 |
| | 適 ・ 技 ・ 特 |

健康状況自己申告書

| |
|------------------|
| 受験番号 ※受験生記入不要 |
| |

2023 年 月 日

公益財団法人 JKA

会長 木戸 寛 様

住 所

受験者

氏 名

㊞

住 所

保護者

氏 名

㊞

※受験者が未成年者の場合は、保護者の署名捺印は必須です。

私は、日本競輪選手養成入所試験を受験するにあたり、私の健康状況を下記のとおり申告するとともに、
本申告内容に虚偽のないことを誓約します。もし入所後虚偽申告であったことが判明した場合、退所を
命ぜられても異議申し立ていたしません。

記

□のいずれかに✓を記入

1. 現在の状況

【なし】 【あり】

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1) 中枢神経障害、突発性意識障害、またはその他の神経障害-----> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 睡眠薬または覚せい剤の常用 -----> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 競走転倒等の傷害による後遺症 -----> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) その他競走に支障を来すような機能障害または疾患(病気)-----> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) 薬、注射または食べ物等に対するアレルギー -----> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. 疾患(病気)について

(※「1. 現在の状況」で「ある」とした疾患(病気)を記入する。)

(1) 現在かかっている疾患(病気)

| | かかった時期(西暦) | 疾患(病気)の名称 (※手術にの有無については○で囲む) | 服用・使用している薬 |
|---|------------|---------------------------------|------------|
| 1 | 年 月 才頃 | (手術あり・手術なし) | |
| 2 | 年 月 才頃 | (手術あり・手術なし) | |
| 3 | 年 月 才頃 | (手術あり・手術なし) | |

(2) 既往症(今現在は治っているが、過去にかかったことがある疾患(病気)を記入する)

| | かかった時期(西暦) | 疾患(病気)の名称 (※手術にの有無については○で囲む) | 後遺症 (※ある場合は、症状を記入) |
|---|------------|---------------------------------|-----------------------|
| 1 | 年 月 才頃 | (手術あり・手術なし) | |
| 2 | 年 月 才頃 | (手術あり・手術なし) | |
| 3 | 年 月 才頃 | (手術あり・手術なし) | |

3. 傷害(ケガ)について

(※「1. 現在の状況」で「ある」とした傷害を記入する。)

(1) 現在も治療中の傷害(ケガ)

| | 負傷した時期(西暦) | 傷害の部位、名称 (※手術にの有無については○で囲む) | 後遺症 (※ある場合は、症状を記入) |
|---|------------|--------------------------------|-----------------------|
| 1 | 年 月 才頃 | (手術あり・手術なし) | |
| 2 | 年 月 才頃 | (手術あり・手術なし) | |
| 3 | 年 月 才頃 | (手術あり・手術なし) | |

(2) 既往傷害(今現在は治っているが、過去に負ったことがある傷害(ケガ)を記入する)

| | 負傷した時期(西暦) | 傷害の部位、名称 (※手術にの有無については○で囲む) | 後遺症 (※ある場合は、症状を記入) |
|---|------------|--------------------------------|-----------------------|
| 1 | 年 月 才頃 | (手術あり・手術なし) | |
| 2 | 年 月 才頃 | (手術あり・手術なし) | |
| 3 | 年 月 才頃 | (手術あり・手術なし) | |

(3) プレート等の有無

・現在、骨折等の治療のため身体にプレートやボルトなどの固定器具が入っているか

はい

いいえ

・前問で「はい」を選択した者は固定器具が入っている身体部位を記入 ()

4. アレルギーについて

| | |
|-----------------------------|--|
| アレルギー食物、薬品名 | |
| アレルギー症状 (詳細に記入。) | |
| アレルギーへの対策 (該当するものに○をする。) | ・食べない ・薬を飲用(薬名:) ・エピペンを持参 ・その他(具体的に記入:) |
| その他のアレルギー(花粉症など) | |

以上