

130 (女子)	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

2024 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"/> |
| (6) 妊娠しているか-----> | <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:) ・エビペンを持参 ・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