

1. 現在発病中、または持病があり、医師の治療を受けていますか？（高血圧、心臓病、肝臓病、喘息、糖尿病、その他）
・YES（ ） ・NO

2. 現在、薬を服用中ですか？
・YES（ ） ・NO

3. 何か薬品に対し、アレルギー体質ですか？
・YES（ ） ・NO

4. 虫さされ、海洋生物（くらげ、刺傷等）などに対して過敏症ですか？
・YES（ ） ・NO

5. 何らかの障害がありましたら、障害の程度と又、実行委員会に知ってほしい事項がありましたら、ご報告をお願いします。