アマチュア修斗/医事チェックシート

出場申込みの際は、申込書に本シートを必ず添付の上申し込んでください。

出場申込者氏名：　　出場階級：

医　事　チ　ェ　ッ　ク　確　認　表

※すべての項目を漏れなく記入のこと。記入なき場合は申込みを受け付けません。

1）今回の試合に向けての減量ついて
□ 減量していない
□ 減量した（約　　kg）
＞減量期間：
＞過去の減量経験：□ あり
□ 今回初

2）過去に高血圧と言われたことがありますか？
□ ない
□ ある
＞血圧（　　/　　）

3）試合や練習などでのダウンの経験
□ 経験なし
□ 経験あり
＞□ 試合でダウンした
□ 練習でダウンした
＞経験の回数：（　　）回
＞最近ダウンを経験した時期：
（　　年　　月頃）
＞ダメージの程度
□ 軽い頭痛
□ 強い頭痛
□ 吐き気
□ 嘔吐
□ 意識喪失
□ 記憶喪失
□ 病院へ行った

4）脳出血
□ 経験なし
□ 経験あり
＞時期：（　　年　　月頃）
＞治療：□ 手術した
□ 手術はしていない

5）視力：（右：　　）
（左：　　）
＞コンタクト：□ 着用している
□ 着用しない
＞乱視の有無：□ 乱視ではない
□ 乱視である
（ 右・左・両眼 ）

6）網膜裂孔
□ 経験なし
□ 経験あり（ 右・左・両眼 ）
＞時期：（　　年　　月頃）
＞治療：□ 手術した
□ 手術はしていない

7）網膜剥離
□ 経験なし
□ 経験あり（ 右・左・両眼 ）
＞時期：（　　年　　月頃）
＞治療：□ 手術した
（　　年　　月頃）
□ 手術はしていない

8）眼窩底骨折
□ 経験なし
□ 経験あり（ 右・左・両眼 ）
＞時期：（　　年　　月頃）
＞治療：□ 手術した
（　　年　　月頃）
□ 手術はしていない

9）B型肝炎
□ 陰性
□ 陽性
□ 検査の経験なし
□ 治療の経験あり
（　　年　　月頃）

10）C型肝炎
□ 陰性
□ 陽性
□ 検査の経験なし
□ 治療の経験あり
（　　年　　月頃）

11）脱臼：□ 経験なし
□ 経験あり
＞経験のある部位：
（　　年　　月頃）
＞脱臼癖：□ない
□ ある
＞治療：□ 手術した
□ 手術はしていない

12）ヘルニア：□ 経験なし
□ 経験あり
＞部位：
（　　年　　月頃）
＞治療：□ 手術した
□ 手術はしていない

13）貧血：□ なし
□ あり
＞薬：□ 服用中
□ 服用していない

14）ぜんそく
□ 経験なし
□ 幼児期のみ経験あり。現在は治癒。
□ 現在も症状あり
＞薬：□ 服用中
□ 服用していない
＞薬品名：（　　）

15）過去に大きな怪我、病気の経験はありますか？
□ 経験なし
□ 経験あり
＞具体的な症例：

16）現在の持病などはありますか？
□ なし
□ あり
＞具体的な症例：

17）現在服用している薬はありますか？
□ なし
□ あり
＞具体的な薬品名：

18）アレルギーはありますか？
□ なし
□ あり
＞具体的な内容：

19）女性のみお答え下さい。以下の項目で過去3ヶ月以内に症状があったものをチェックしてください。
□ 妊娠
□ 骨盤部の痛みや不快感
□ 子宮内膜症
□ 異常膣出血
□ 最近の無月経
□ 最近の乳房出血
□ 最近の乳房機能不全