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下さい。

出場申込者氏名:　　出場階級:

医 事 チ ェ ッ ク 確 認 表

※全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
□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・両方)
＞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
＞手術:□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)現在服用中の薬はありますか？
□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ヵ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