記入日　　年　　月　　日

キッズ修斗・ジュニア修斗/医事チェックシート

出場申込みの際は、申込書に医事チェックシートを必ず添付の上、申し込んで下さい。

出場申込氏名	年齢	学年	出場階級
フリガナ:	歳	年生	kg以下級

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。記入漏れがある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について
- □ 減量していない
- □ 減量した（約　　Kg）
- → 減量期間（　　）
- → 過去の減量経験　□ 経験なし　□ 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？
- □ なし
- □ あり → 血圧（　　/　　）

3）試合や練習などのダウンの経験
- □ 経験なし
- □ 経験あり
- →□ 試合でダウンした
- →□ 練習でダウンした
- → 経験ダウン回数（　　）回
- → 最近ダウンを経験した時期（　　年　　月頃）
- → ダメージの程度
  - □ 頭痛（強い / 軽い）
  - □ 吐き気
  - □ 嘔吐
  - □ 意識喪失
  - □ 記憶喪失
  - □ 病院へいった

4）脳出血
- □ 経験なし
- □ 経験あり
- → 時期（　　年　　月頃）
- → 治療　□ 手術した　□ 手術していない

5）視力　（右:　　）
（左:　　）
- コンタクト　□ 着用あり　□ 着用なし
- 乱視の有無　□ 乱視あり　□ 乱視なし
- （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　□ 手術していない　□ 手術した（　　年　　月頃）

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　□ 手術していない　□ 手術した（　　年　　月頃）

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　□ なし　□ あり
- → 治療　□ 手術した　□ 手術していない

12）ヘルニア
- □ 経験なし
- □ 経験あり
- → 経験のある部位（　　）（　　）（　　年　　月頃）
- → 治療　□ 手術した　□ 手術していない

13）貧血　□ なし　□ あり
- → 薬　□ 服用なし　□ 服用中

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　□ 服用なし　□ 服用中
- → 薬名（　　）

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
- → 具体的な薬名

18）アレルギーはありますか？
- □ なし
- □ あり
- → 具体的な内容

19）レーシック手術
- □ 経験なし
- □ 経験あり（右 ・ 左 ・ 両眼）
- → 時期（右:　　年　　月頃）（左:　　年　　月頃）
- → 術後の問題点やトラブル