

札幌フリーファイト2019～冬～医事確認チェック表

出場者氏名

階級

- | | | |
|---|---|---|
| <p>1) 今回の試合に向けての減量について</p> <input type="checkbox"/> 減量していない
<input type="checkbox"/> 減量した(約 Kg)
減量期間 <p>2) 過去に高血圧と言われたことがありますか?</p> <input type="checkbox"/> ない
<input type="checkbox"/> ある
血圧 (/) <p>3) 試合や練習などでのダウンの経験</p> <input type="checkbox"/> 経験なし
<input type="checkbox"/> 経験あり
>最近ダウンを経験した時期
(年 月頃) <p>4) 脳出血</p> <input type="checkbox"/> 経験なし
<input type="checkbox"/> 経験あり
>時期(年 月頃) <p>5) 視力 (右:)
 (左:)</p> >コンタクト
<input type="checkbox"/> 着用している
<input type="checkbox"/> 着用しない
>乱視の有無
<input type="checkbox"/> 乱視ではない
<input type="checkbox"/> 乱視である <p>6) 網膜裂孔</p> <input type="checkbox"/> 経験なし
<input type="checkbox"/> 経験あり(右・左・両目)
>時期(年 頃) <p>7) 網膜はく離</p> <input type="checkbox"/> 経験なし
<input type="checkbox"/> 経験あり(右・左・両目)
>時期 (年 頃) | <p>8) 眼下底骨折</p> <input type="checkbox"/> 経験なし
<input type="checkbox"/> 経験あり(右・左・両目)
>時期(年 頃) <p>9) B型肝炎</p> <input type="checkbox"/> 陰性
<input type="checkbox"/> 陽性
治療の経験あり
(年 頃) <p>10) C型肝炎</p> <input type="checkbox"/> 陰性
<input type="checkbox"/> 陽性
治療の経験あり
(年 頃) <p>11) 脱臼</p> <input type="checkbox"/> 経験なし
<input type="checkbox"/> 経験あり
経験部位:
>脱臼癖
<input type="checkbox"/> ない
<input type="checkbox"/> ある
>治療
<input type="checkbox"/> 手術した
<input type="checkbox"/> 手術はしていない <p>12) ヘルニア</p> <input type="checkbox"/> 経験なし
<input type="checkbox"/> 経験あり
経験部位:
>脱臼癖
<input type="checkbox"/> ない
<input type="checkbox"/> ある
>治療
<input type="checkbox"/> 手術した
<input type="checkbox"/> 手術はしていない <p>13) 貧血</p> <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり | <p>14) ぜんそく</p> <input type="checkbox"/> 経験なし
<input type="checkbox"/> 幼児期のみ経験有り
<input type="checkbox"/> 現在は治療。
<input type="checkbox"/> 現在も症状有り
>薬
<input type="checkbox"/> 服用中
<input type="checkbox"/> 服用していない <p>15) 過去に大きな怪我、病気の経験はありますか?</p> <input type="checkbox"/> 経験なし
<input type="checkbox"/> 経験あり
>具体的な内容: <p>16) 現在持病などはありますか?</p> <input type="checkbox"/> 経験なし
<input type="checkbox"/> 経験あり <p>17) 現在服用している薬はありますか?</p> <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <p>18) アレルギーはありますか?</p> <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり
具体的な内容: <p>19) 女性の方のみお答えください。
 以下の項目で過去3ヶ月以内に症状があったものにチェックしてください。</p> <input type="checkbox"/> 妊娠
<input type="checkbox"/> 骨盤部の痛みや不快感
<input type="checkbox"/> 異常陰出血
<input type="checkbox"/> 最近の無月経
<input type="checkbox"/> 最近の乳房出血
<input type="checkbox"/> 最近の乳房機能不全 |
|---|---|---|