

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。

Ver.2010. MAY

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。

- | | | |
|--|--|---|
| <p>1) 今回の試合に向けての減量について</p> <p><input type="checkbox"/> 減量していない</p> <p><input type="checkbox"/> 減量した (約 kg)</p> <p> >減量期間：</p> <p> >過去の減量経験：<input type="checkbox"/> あり</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 今回初</p> <p>2) 過去に高血圧と言われたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある</p> <p> >血圧 (/)</p> <p>3) 試合や練習などでのダウンの経験</p> <p><input type="checkbox"/> 経験なし</p> <p><input type="checkbox"/> 経験あり</p> <p> ><input type="checkbox"/> 試合でダウンした</p> <p> <input type="checkbox"/> 練習でダウンした</p> <p> >経験の回数： () 回</p> <p> >最近ダウンを経験した時期：
 (年 月頃)</p> <p> >ダメージの程度</p> <p> <input type="checkbox"/> 軽い頭痛</p> <p> <input type="checkbox"/> 強い頭痛</p> <p> <input type="checkbox"/> 吐き気</p> <p> <input type="checkbox"/> 嘔吐</p> <p> <input type="checkbox"/> 意識喪失</p> <p> <input type="checkbox"/> 記憶喪失</p> <p> <input type="checkbox"/> 病院へ行った</p> <p>4) 脳出血</p> <p><input type="checkbox"/> 経験なし</p> <p><input type="checkbox"/> 経験あり</p> <p> >時期： (年 月頃)</p> <p> >治療：<input type="checkbox"/> 手術した</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 手術はしていない</p> <p>5) 視力：(右：)</p> <p style="padding-left: 20px;">(左：)</p> <p> >コンタクト：<input type="checkbox"/> 着用している</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 着用しない</p> <p> >乱視の有無：<input type="checkbox"/> 乱視ではない</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 乱視である</p> <p style="padding-left: 60px;">(右・左・両眼)</p> <p>6) 網膜裂孔</p> <p><input type="checkbox"/> 経験なし</p> <p><input type="checkbox"/> 経験あり (右・左・両眼)</p> <p> >時期： (年 月頃)</p> <p> >治療：<input type="checkbox"/> 手術した</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 手術はしていない</p> | <p>7) 網膜剥離</p> <p><input type="checkbox"/> 経験なし</p> <p><input type="checkbox"/> 経験あり (右・左・両眼)</p> <p> >時期： (年 月頃)</p> <p> >治療：<input type="checkbox"/> 手術した</p> <p style="padding-left: 100px;">(年 月頃)</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 手術はしていない</p> <p>8) 眼窩底骨折</p> <p><input type="checkbox"/> 経験なし</p> <p><input type="checkbox"/> 経験あり (右・左・両眼)</p> <p> >時期： (年 月頃)</p> <p> >治療：<input type="checkbox"/> 手術した</p> <p style="padding-left: 100px;">(年 月頃)</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 手術はしていない</p> <p>9) レーシック手術</p> <p><input type="checkbox"/> 経験なし</p> <p><input type="checkbox"/> 経験あり (右・左・両眼)</p> <p> >時期：(右： 年 月頃)</p> <p style="padding-left: 20px;">(左： 年 月頃)</p> <p> >術後の問題点やトラブル：</p> <p>10) B型肝炎</p> <p><input type="checkbox"/> 陰性</p> <p><input type="checkbox"/> 陽性</p> <p><input type="checkbox"/> 検査の経験なし</p> <p><input type="checkbox"/> 治療の経験あり</p> <p style="padding-left: 100px;">(年 月頃)</p> <p>11) C型肝炎</p> <p><input type="checkbox"/> 陰性</p> <p><input type="checkbox"/> 陽性</p> <p><input type="checkbox"/> 検査の経験なし</p> <p><input type="checkbox"/> 治療の経験あり</p> <p style="padding-left: 100px;">(年 月頃)</p> <p>12) 脱臼：<input type="checkbox"/> 経験なし</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 経験あり</p> <p> >経験のある部位：
 (年 月頃)</p> <p> >経験のある部位：
 (年 月頃)</p> <p> >脱臼癖：<input type="checkbox"/> ない</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> ある</p> <p> >治療：<input type="checkbox"/> 手術した</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 手術はしていない</p> | <p>13) ヘルニア：<input type="checkbox"/> 経験なし</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 経験あり</p> <p> >部位：
 (年 月頃)</p> <p> >治療：<input type="checkbox"/> 手術した</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 手術はしていない</p> <p>14) 貧血：<input type="checkbox"/> なし</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> あり</p> <p> >薬：<input type="checkbox"/> 服用中</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 服用していない</p> <p>15) ぜんそく</p> <p><input type="checkbox"/> 経験なし</p> <p><input type="checkbox"/> 幼児期のみ経験あり。現在は治癒。</p> <p><input type="checkbox"/> 現在も症状あり</p> <p> >薬：<input type="checkbox"/> 服用中</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 服用していない</p> <p> >薬品名： ()</p> <p>16) 過去に大きな怪我、病気の経験はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 経験なし</p> <p><input type="checkbox"/> 経験あり</p> <p> >具体的な症例：</p> <p>17) 現在の持病などはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p> <p> >具体的な症例：</p> <p>18) 現在服用している薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p> <p> >具体的な薬品名：</p> <p>19) アレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり</p> <p> >具体的な内容：</p> |
|--|--|---|