健 康 申 告 書

（兼 アンダージュニア試合承諾書）

【必ず本人が記入】

大会名		大会期間 ～	
所属名	生年月日 （西暦） 年 月 日		年齢 ※記入日時点 歳
氏 名	出場階級 級（ kg級）	体重 (現在) kg	身長 cm

1. ボクシング競技歴は何年ですか？ 年 か月

2. 今回の大会に向けて減量しましたか？（ 下記の ・ はい ・ いいえ 該当する方を◯で囲んで下さい。）

・ は い （ 減量 kg、 最近一カ月で kg、 直前の一週間で kg ）

・ い い え

3. 今までに大きな病気やケガ（頭部外傷 切りキズ 骨折 脱臼 靭帯断裂等）などで入院または通院したことがありますか？

・ は い （ ）歳頃； 傷病名： 医療機関名

（ ）歳頃； 傷病名： 医療機関名

（ ）歳頃； 傷病名： 医療機関名

・ い い え

4. 本日の状態に該当するものに ○ 印をつけてください。

症状	月						症状	月					
	日	日	日	日	日	日		日	日	日	日	日	日
立ちくらみやめまいがする							のどが渇く						
のぼせる/頭が重い/頭が痛い							小便が近い/出にくい/赤っぽい						
あくびがよく出る/眠気がある							脈が不規則/動悸がする						
頭がぼんやりする/全身がだるい							胸がしめつけられ息苦しい						
イライラする/気が散る/集中できない							足や顔がはれたりむくむ						
以前のことが思い出せない							唇が紫色になる						
動作や足元がぎこちない							せき、鼻水、痰が出る/熱っぽい						
ものが二重に見える							肩がこる/腰・背中・関節が痛い						
眼が痛い/赤い/かゆい/疲れる							けいれんする/しびれる						
耳鳴りがする/耳が聴こえにくい							食欲が無い/吐き気がしたり嘔吐した						
妊娠していない（女子のみ）							月経に伴う症状（下腹部痛他）がない（女子のみ）						
その他の症状がある（健診時にドクターに必ず申告して下さい。）													

試合出場承諾欄（アンダージュニア） 本大会における選手の出場を保護者として認めます。

記入日 年 月 日	続柄	保護者氏名 （自署）

選手の状態を確認し、上記の項目に相違のないことを認めます。

月 日（ ）	引率責任者（指導者）名 （自署）	医師検印 またはサイン ㊞
月 日（ ）	引率責任者（指導者）名 （自署）	医師検印 またはサイン ㊞
月 日（ ）	引率責任者（指導者）名 （自署）	医師検印 またはサイン ㊞
月 日（ ）	引率責任者（指導者）名 （自署）	医師検印 またはサイン ㊞
月 日（ ）	引率責任者（指導者）名 （自署）	医師検印 またはサイン ㊞
月 日（ ）	引率責任者（指導者）名 （自署）	医師検印 またはサイン ㊞