

大会名

選手健康申告書

氏名		S 年 月 日生	満 歳
住所	〒 -		
所属	身長	体重	
	cm	kg	

1. ボクシング競技歴は何年ですか？
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○で囲んでください。）
 - ・はい （減量 kg、最近一ヶ月で 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 靭帯損傷）などで入院又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（ ）
 - ・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	日					症状	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					
目が痛い/赤い/かゆい/疲れる						けいれんする/しびれる					
耳鳴りがする/耳が聞こえにくい						食欲がない/吐き気がしたり嘔吐した					

その他の症状がある場合は、検診時にドクターに申告してください。

選手の状態を確認し、上記の項目に偽りのないことを認めます。

月 日 ()	指導者(引率責任者)	(自署)	医師 検印	印
月 日 ()	指導者(引率責任者)	(自署)	医師 検印	印
月 日 ()	指導者(引率責任者)	(自署)	医師 検印	印
月 日 ()	指導者(引率責任者)	(自署)	医師 検印	印
月 日 ()	指導者(引率責任者)	(自署)	医師 検印	印