健　康　診　断　書

氏　　　名

生年月日　　　年　　月　　日　　　　　　歳

上記の者はボクシング競技の審判員・ＤＳとして適当・不適当であると診断いたします。

身　　　長	cm	体　　　重	kg
胸　　　囲	cm	腹　　　囲	cm
視　　　力	右（　　　　）	脈　　　拍	数　　　／１分間
	左（　　　　）		整　・　不整
血　　　圧	最高　　　　Hgmm・　　最低　　　　Hgmm		
畸形の有無	有・無　（　　　　　　　　　　　　）		
科学的所見	有・無　（　　　　　　　　　　　　）		
伝染病疾患	有・無　（　　　　　　　　　　　　）		
そ　の　他			

令和　　年　　月　　日

住　　　所

病医院名

医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

備考・・・上記該当事項を○で囲む