

令和2年度 全日本アンダージュニアボクシング大会千葉県予選会 選手健康申告書

氏名		平成	年	月	日	生	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 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）
 - ・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 靭帯断裂等）などで入院又は
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	10月	月	月	症状	10月	月	月
	31日	日	日		31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			
その他の症状がある場合は、検診時にドクターに必ず申告してください。							

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。

10月31日（土）	指導者（引率責任者）	（自署）
-----------	------------	------

医師	印
検印	

月 日（ ）	指導者（引率責任者）	（自署）
-----------	------------	------

医師	印
検印	

月 日（ ）	指導者（引率責任者）	（自署）
-----------	------------	------

医師	印
検印	