

スポーツの意義と目的

スポーツは、人々が楽しみ、よりよく生きるために、自ら行う自由な身体活動である。さわやかな環境の中で行われるスポーツは、豊かな生活と文化の向上に役立つものとなる。スポーツをする人は、美しいスポーツマンシップが生まれることを求め、健康な身体をはぐくむことを目的とする。

アマチュアボクシング憲章

我々アマチュアボクシング競技者及び役員は、以下の精神を基調として競技し、又は役員として行動します。

1. ボクシングを愛し、楽しむ為、自発的に行動します。
2. 競技規則はもとより、連盟の定款及び規則を遵守し、フェアプレーに徹します。
3. 常に相手を尊重し、自己の最善を尽くします。
4. 連盟で認められた以外に、競技者又は役員としての行動によって自ら物質的利益を求めません。
5. 競技者又は役員として得た名声を、商業宣伝の為に利用しません。

選手の心がまえ

選手は、次の事柄について、真面目に取り組み、守ること。平素の心がまえ

- ① 早寝・早起きをして、規則正しい生活を送ること。
- ② 健康管理に注意すること。
- ③ 一日三食、規則正しく食事を摂ること。
- ④ 練習を休まないこと。
- ⑤ 人間関係を大切にすること。
- ⑥ 規則を守り、礼儀正しくすること。
- ⑦ 感謝の気持ちを大切にすること。
- ⑧ 練習したことを必要以外のところで使わないこと。

練習時の心がまえ

- ① 練習は真面目に行うこと。
- ② 指導者（先生）の指示に従うこと。
- ③ 良く考えて練習すること。
- ④ 無理はしないこと。
- ⑤ 体調について（熱、体がだるい、等）体に異変が感じられる場合は指導者に申告すること。

試合時の心がまえ

- ① 競技前は、準備体操・ウォーミングアップをきちんとすること。
- ② 競技では、練習したことを行い、全力を出すこと。
- ③ 競技中体に異変が感じられた時は、レフリー又は指導者に申告すること。
- ④ 最後までベストを尽くすこと。
- ⑤ 競技後は、相手をたたえること。

千葉県ボクシング連盟御中

実践競技参加申込書（初回用）

氏名 _____

学年 _____ 小・中学校 _____ 年

生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

住所 〒 _____

電話番号 _____

練習期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日

練習場所 _____

体重 _____ kg

病歴 _____

上記選手につき本年、学校医の承認又は総合検診を修了していることを確認し且つCTスキャンをクリアしている旨の証明書を添付して参加申し込みをします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
指導者 _____ 印

承諾書

第 _____ 回 _____ 競技会

実践に選手の参加を認め、申し込みいたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者 _____ 印

承諾書

大会名	日 時	年 月 日 ()
会 場	学 校 名	小学校 中学校 _____ 年
氏 名	生 年 月 日	年 月 日 _____ 歳
上記 演技競技 に選手の参加を認め、申し込みいたします。 実践競技		
所 属		
指 導 者	印	保護者 _____ 印

承諾書

大会名	日 時	年 月 日 ()
会 場	学 校 名	小学校 中学校 _____ 年
氏 名	生 年 月 日	年 月 日 _____ 歳
上記 演技競技 に選手の参加を認め、申し込みいたします。 実践競技		
所 属		
指 導 者	印	保護者 _____ 印

検診/計量/演技記録/実戦記録

視 力	右	練習開始期日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	左	競 技 年 数 _____ 年 _____ 月
体 温	脈 拍	血 圧
	整 / 60 不	mm / Hg
膝 反 射	クロ-ヌス	瞳 孔
	医師 印	正 常 不 整 同 光 遅
左 右 正 正 上 下 上 下	体 重	計量者印
	kg	大会責任者印
点 数	点数 / 満点 %	
	演技 A(81%以上) B(61%以上) C(41%以上 60%以下) D(21%以上 40%以下) E(20%以下)	
医師所見		
競 技 内 容	勝 負	1R
	ポイント K O 失 格 戦	2R
選手反省	T K O I 不 戦	3R

検診/計量/演技記録/実戦記録

視 力	右	練習開始期日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	左	競 技 年 数 _____ 年 _____ 月
体 温	脈 拍	血 圧
	整 / 60 不	mm / Hg
膝 反 射	クロ-ヌス	瞳 孔
	医師 印	正 常 不 整 同 光 遅
左 右 正 正 上 下 上 下	体 重	計量者印
	kg	大会責任者印
点 数	点数 / 満点 %	
	演技 A(81%以上) B(61%以上) C(41%以上 60%以下) D(21%以上 40%以下) E(20%以下)	
医師所見		
競 技 内 容	勝 負	1R
	ポイント K O 失 格 戦	2R
選手反省	T K O I 不 戦	3R

健康診断記録1

名前 _____ 学校名 _____

生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記生徒について平成 _____ 年度について上記学校における体育授業や運動に支障がない旨の診断をした事を証明します。


平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

学校医 _____ 印

これが提出出来ない場合は下記2の検診を受ける事

健康診断記録2

皮膚の状態	乾・正・湿
眼 睑 結 膜	貧血・正常
体 温	_____ °C
脈 拍	/分 正・不整
血 圧	収縮期 _____ 拡張期 _____ mmHg
聴 力	右 _____ 左 _____
胸腹部理学所見	
尿 検 査	ウロビリノーゲン _____ 糖 _____ 蛋白 _____ 潜 _____
血液検査	赤血球数 _____ ヘマトリック値 _____ 白血球数 _____ 血小板数 _____ 血色素量 _____

	右	左
裸眼視力		
聴 力		
瞳 孔	大きさ	正・縮・散 > = < 正・縮・散
	形	正円 不正円 正円 不正円
対光反射	速 鈍 消失	速 鈍 消失
上腕二頭筋腱反射	消失 ← 正常 → 亢進	消失 ← 正常 → 亢進
上腕三頭筋腱反射	消失 ← 正常 → 亢進	消失 ← 正常 → 亢進
携骨反射	消失 ← 正常 → 亢進	消失 ← 正常 → 亢進
尺骨反射	消失 ← 正常 → 亢進	消失 ← 正常 → 亢進
膝蓋腱反射	消失 ← 正常 → 亢進	消失 ← 正常 → 亢進
クローヌス	+	-
病的反射		
胸部X線検査		その他の検査
所見		CTスキャン 脳波検査 眼底検査 心電図検査 所 見
総合判定		
医療機関 医師名 年 月 日	年 月 日 印	

健康診断記録

初回項目（競技開始時に最低1回は行う項目）

頭部CTスキャンまたはMRI①～③のどれかにサインと印を要す。
※所見ありの場合、右の1～4の該当番号に○印をする事。
※くも膜のう胞の有無については出場資格に関わる為必ず記載する事。

年 月 日	医師名	所見あり→ 所見なし	1. くも膜のう胞 (cm × cm) 2. 透明中隔腔 3. ベルガ腔 4. その他 ()	コメント
()	医師名	所見あり→ 所見なし	1. くも膜のう胞 (cm × cm) 2. 透明中隔腔 3. ベルガ腔 4. その他 ()	変化等のコメント
()	医師名	所見あり→ 所見なし	1. くも膜のう胞 (cm × cm) 2. 透明中隔腔 3. ベルガ腔 4. その他 ()	変化等のコメント
()	医師名	所見あり→ 所見なし	1. くも膜のう胞 (cm × cm) 2. 透明中隔腔 3. ベルガ腔 4. その他 ()	変化等のコメント

※頭部CTスキャン及びMRIをKO、TKOなどで再検した場合①に追記。
※くも膜のう胞の長径×短径、並びに透明中隔腔、ベルガ腔の有無については参考として記載されたい。

健康申告書 確認者名 _____ (印) (年 月 日)

② 証明書 様式1 確認者名 _____ (印) (年 月 日)

③ 証明書 様式2 確認者名 _____ (印) (年 月 日)

節目項目（節目に最低1回は行う事。2回目以降は任意である。）

胸部レントゲン ※所見ありの場合はコメント欄に所見記入の事

心電図 ※所見ありの場合はコメント欄に所見記入の事

小学校		コメント
(年 月 日)	所見あり	
医師名:	⑩ 所見なし	
(年 月 日)	変化あり	
医師名:	⑩ 変化なし	
中学校		コメント
(年 月 日)	所見あり	
医師名:	⑩ 所見なし	
(年 月 日)	変化あり	
医師名:	⑩ 変化なし	
(年 月 日)	変化あり	
医師名:	⑩ 変化なし	

小学校		コメント
(年 月 日)	所見あり	
医師名:	⑩ 所見なし	
(年 月 日)	変化あり	
医師名:	⑩ 変化なし	
中学校		コメント
(年 月 日)	所見あり	
医師名:	⑩ 所見なし	
(年 月 日)	変化あり	
医師名:	⑩ 変化なし	
(年 月 日)	変化あり	
医師名:	⑩ 変化なし	

年次項目（毎年行う項目）

推奨項目

検査

血液	白血球数 / μL	血色素量 g/dL	血小板数 $\times 10^4/\mu\text{L}$	血液	HIV 抗体	+	-
尿	蛋白 + -	潜血 + -	ウロビリノーゲン + ±	血液	HBs 抗原	+	-
					HCV 抗体	+	-

診察

脳波	異常	: あり	なし
眼底所見	異常	: あり	なし

血圧 / mmHg	脈拍 / min	体温
胸部所見 (女子の場合乳房)		

健診医師 総合判定	医療機関名 医師名	⑩	年 月 日
--------------	--------------	---	-------

	右	左
裸眼視力		
聴力		
瞳孔 (大きさ)	正・縮・散 > = < 正・縮・散	
瞳孔 (形)	正円・不正円	正円・不正円
対光反射	速・鈍・消失	速・鈍・消失

腱反射	()	()	亢進(++) 正常(+) 低下(-)
-----	-----	-----	--------------------------

乳房	腹部
所見	所見

脳波

眼底所見

健診医師
総合判定

医療機関名
医師名

県連任者

年 月 日