

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 令和3年度全日本アンダージュニア王座決定戦関東ブロック予選会 | 大会期間 6月19日 ~ 6月20日 | | |
| 所属名 | 生年月日 (西暦) 年 月 日 | 年齢 <small>※記入日時点</small> 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 | 6 月 | | | | | | 症状 | 6 月 | | | | | |
|--------------------------------|-----|-----|---|---|---|---|-----------------------------|-----|-----|---|---|---|---|
| | 19日 | 20日 | 日 | 日 | 日 | 日 | | 19日 | 20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/耳が聞こえにくい | | | | | | | 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。

| | | |
|----------|---------------------|----------------|
| 6月19日(土) | 引率責任者(指導者)名 (自署) | 医師検印 またはサイン |
| 6月20日(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 |