

千葉県ボクシング連盟各種大会 選手健康申告書

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

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 靭帯断裂等)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	月					症状	月				
	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					
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、健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。

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