令和3年度　全日本UJフレッシュ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	満　　歳
住所			
所属		身長　　cm	体重　　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
・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30日	月　日	月　日	症状	10月30日	月　日	月　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30日（土）	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