

医事チェックシート 出場申込みの際は、申込書に医事チェックシートを必ず添付の上申し込んで下さい。

出場申込氏名:

出場階級:

医 事 チェ ッ ク 確 認 表

※すべての項目を漏れなく記入のこと。記入漏れがある時申込みを受け付けません。

<p>1) 今回の試合に向けての減量について</p> <p><input type="checkbox"/> 減量していない</p> <p><input type="checkbox"/> 減量した (約 Kg)</p> <p>→ 減量期間 :</p> <p>→ 過去の減量経験: <input type="checkbox"/> あり</p> <p> <input type="checkbox"/> 今回初</p> <p>2) 過去に高血圧と言われたことがありますか?</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある</p> <p>→ 血圧 (/)</p> <p>3) 試合や練習などのダウンの経験</p> <p><input type="checkbox"/> 経験なし</p> <p><input type="checkbox"/> 経験あり</p> <p> <input type="checkbox"/> 試合でダウンした</p> <p> <input type="checkbox"/> 練習でダウンした</p> <p>→ 経験ダウン回数()回</p> <p>→ 最近ダウンを経験した時期:</p> <p> (年 月頃)</p> <p>→ ダメージの程度</p> <p><input type="checkbox"/> 頭痛 (強い / 軽い)</p> <p><input type="checkbox"/> 吐き気</p> <p><input type="checkbox"/> 嘔吐</p> <p><input type="checkbox"/> 意識喪失</p> <p><input type="checkbox"/> 記憶喪失</p> <p><input type="checkbox"/> 病院へいった</p> <p>4) 脳出血</p> <p><input type="checkbox"/> 経験なし</p> <p><input type="checkbox"/> 経験あり</p> <p>→ 時期:(年 月頃)</p> <p>→ 治療: <input type="checkbox"/> 手術した</p> <p> <input type="checkbox"/> 手術していない</p> <p>5) 視力 : (右:)</p> <p> (左:)</p> <p> コンタクト: <input type="checkbox"/> 着用している</p> <p> <input type="checkbox"/> 着用しない</p> <p>乱視の有無: <input type="checkbox"/> 乱視ではない</p> <p> <input type="checkbox"/> 乱視である</p> <p> (右・左・両眼)</p> <p>6) 網膜裂孔</p> <p><input type="checkbox"/> 経験なし</p> <p><input type="checkbox"/> 経験あり (右・左・両眼)</p> <p>→ 時期: (年 月頃)</p> <p>→ 治療: <input type="checkbox"/> 手術した</p> <p> <input type="checkbox"/> 手術していない</p>	<p>7) 網膜剥離</p> <p><input type="checkbox"/> 経験なし</p> <p><input type="checkbox"/> 経験あり (右・左・両眼)</p> <p>→ 時期: (年 月頃)</p> <p>→ 治療: <input type="checkbox"/> 手術した</p> <p> (年 月頃)</p> <p> <input type="checkbox"/> 手術していない</p> <p>8) 眼窩底骨折</p> <p><input type="checkbox"/> 経験なし</p> <p><input type="checkbox"/> 経験あり (右・左・両眼)</p> <p>→ 時期: (年 月頃)</p> <p>→ 治療: <input type="checkbox"/> 手術した</p> <p> (年 月頃)</p> <p> <input type="checkbox"/> 手術していない</p> <p>9) レーシック手術</p> <p><input type="checkbox"/> 経験なし</p> <p><input type="checkbox"/> 経験あり (右・左・両眼)</p> <p>→ 時期: (右: 年 月頃)</p> <p> (左: 年 月頃)</p> <p>→ 術後の問題点やトラブル:</p> <p>10) B型肝炎</p> <p><input type="checkbox"/> 陰性</p> <p><input type="checkbox"/> 陽性</p> <p><input type="checkbox"/> 検査の経験なし</p> <p><input type="checkbox"/> 治療の経験あり</p> <p> (年 月頃)</p> <p>11) C型肝炎</p> <p><input type="checkbox"/> 陰性</p> <p><input type="checkbox"/> 陽性</p> <p><input type="checkbox"/> 検査の経験なし</p> <p><input type="checkbox"/> 治療の経験あり</p> <p> (年 月頃)</p> <p>12) 脱臼 : <input type="checkbox"/> 経験なし</p> <p> <input type="checkbox"/> 経験あり</p> <p> → 経験のある部位:</p> <p> (年 月頃)</p> <p> → 経験のある部位:</p> <p> (年 月頃)</p> <p> → 脱臼癖: <input type="checkbox"/> ない</p> <p> <input type="checkbox"/> ある</p> <p> 部位:</p> <p> → 治療: <input type="checkbox"/> 手術した</p> <p> <input type="checkbox"/> 手術していない</p>	<p>13) ヘルニア <input type="checkbox"/> 経験なし</p> <p> <input type="checkbox"/> 経験あり</p> <p> → 部位:</p> <p> (年 月頃)</p> <p> → 治療: <input type="checkbox"/> 手術した</p> <p> <input type="checkbox"/> 手術していない</p> <p>14) 貧血: <input type="checkbox"/> ない</p> <p> <input type="checkbox"/> ある</p> <p> → 薬: <input type="checkbox"/> 服用中</p> <p> <input type="checkbox"/> 服用していない</p> <p>15) ぜんそく</p> <p><input type="checkbox"/> 経験なし</p> <p><input type="checkbox"/> 幼児期のみ経験あり。現在は治癒。</p> <p><input type="checkbox"/> 現在も症状あり</p> <p>→ 薬: <input type="checkbox"/> 服用中</p> <p> <input type="checkbox"/> 服用していない</p> <p>→ 薬名: ()</p> <p>16) 過去に大きな怪我、病気の経験はありますか?</p> <p><input type="checkbox"/> 経験なし</p> <p><input type="checkbox"/> 経験あり</p> <p>→ 具体的な症例:</p> <p>17) 現在の持病などはありますか?</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある</p> <p>→ 具体的な症例:</p> <p>18) 現在服用している薬はありますか?</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある</p> <p>→ 具体的な薬名:</p> <p>19) アレルギーはありますか?</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある</p> <p>→ 具体的な内容:</p>
--	--	---