

キッズ修斗・ジュニア修斗/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	年齢	学年	出場階級
フリガナ:	歳	年生	kg以下級

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