

IDEAL FIGHT メディカルチェックシート

試合当日記入・計量時提出

※Jrは保護者又は責任者が記入をお願いします。

1 お名前(本名フルネーム)		2 リングネーム	
3 年齢	歳	4 契約体重	kg
5 所属ジム		6 連絡先(携帯電話)	
7 過去に高血圧を診断されたことがありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
8 不整脈などの心臓の病気を診断されたことがありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
9 頭部の出血(脳出血など)を診断されたことがありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ/はいと答えた方→手術はしましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
10 裸眼での視力はいくつですか?	右目()/左目()	コンタクトを着用していますか? <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ハード <input type="checkbox"/> していない	
11 乱視を指摘されたことはありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
12 網膜裂孔を指摘されたことがありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
13 網膜はく離を診断されたことがありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ/はいと答えた方→手術はしましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
14 眼窩底骨折を診断されたことがありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ/はいと答えた方→手術はしましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
15 鼻骨骨折を診断されたことはありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ/はいと答えた方→手術はしましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
16 貧血を診断されたことがありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
17 過去にてんかんを指摘されたことがありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
18 B型肝炎を診断されたことがありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 検査したことがない/はいと答えた方→治療期間(年 ヶ月)	
19 C型肝炎を診断されたことがありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 検査したことがない/はいと答えた方→治療期間(年 ヶ月)	
20 ぜんそくで治療経験はありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ/はいと答えた方→ <input type="checkbox"/> 現在は治癒(幼少期のみ) <input type="checkbox"/> 現在も治療中(症状あり)	
21 過去に大きな病気や怪我の経験はありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ/はいと答えた方→病名()	
22 現在服用している薬はありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ/はいと答えた方→薬名()	
23 現在治療中の病気はありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ/はいと答えた方→病名()	
24 熱はありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ/はいと答えた方→体温(°C)	
25 体はだるいですか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
26 昨夜は十分に眠れましたか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ/睡眠時間(時間)	
27 食欲はありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
28 下痢ですか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
29 頭痛や吐き気はありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
30 骨折などの怪我はありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ/はいと答えた方→箇所/症状()	
31 前回の試合はいつですか?		(年 月 日)	
32 練習を含めて3ヶ月以内にダウンしたり、家に帰ってから頭痛や吐き気がありましたか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
33 減量期間・減量したのは何Kgですか?		週間(kg)	
女性のみ	34 本日妊娠の可能性はありませんか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
	35 試合当日と生理は重なっていますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	36 婦人科での病気(子宮筋腫など)を診断されたことはありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
37 今日のスポーツに参加する意欲は十分にありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	