

# 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。

<b>1</b> お名前(本名フルネーム)	<b>2</b> リングネーム	
<b>3</b> 年齢 歳	<b>4</b> 契約体重 kg	
<b>5</b> 所属ジム	<b>6</b> 連絡先(携帯電話)	
<b>7</b> 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	
<b>8</b> 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	
<b>9</b> 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	
<b>10</b> 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	
<b>11</b> 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	
<b>12</b> 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	
<b>13</b> 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	
<b>14</b> 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	
<b>15</b> 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	
<b>16</b> 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	
<b>17</b> 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	
<b>18</b> 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)	
<b>19</b> 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)	
<b>20</b> 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)	
<b>21</b> 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( )	
<b>22</b> 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( )	
<b>23</b> 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( )	
<b>24</b> 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)	
<b>25</b> 体はだるいですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<b>26</b> 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)	
<b>27</b> 食欲はありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<b>28</b> 下痢ですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<b>29</b> 頭痛や吐き気はありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<b>30</b> 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( )	
<b>31</b> 前回の試合はいつですか?	( 年 月 日)	
<b>32</b> 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	
<b>33</b> 減量期間・減量したのは何Kgですか?	週間( kg)	
女性のみ	<b>34</b> 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
	<b>35</b> 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
	<b>36</b> 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
<b>37</b> 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	