別紙4

競技会名

選 手 健 康 申 告 書

所属 都道府県		所属		
階級		選手氏名		男 ・ 女

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○で囲んで下さい。)

・ は　い (減量　　kg、 最近一カ月で　　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)などで入院または通院したことがありますか？

・ 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. コンタクトレンズを着用して競技に出場する。　　・ は　い　　・ い い え

5. 本日の状態に該当するものに ○ 印をつけてください。

症状	月日							症状	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(健診時にドクターに必ず申告して下さい。)															
女子のみ															
月経中								月経に伴う症状がある							
妊娠・・・・・イ、している　　ロ、していない															

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。

月　日(　)	引率責任者(顧問)名　　(自署)	医師 検印
月　日(　)	引率責任者(顧問)名　　(自署)	医師 検印
月　日(　)	引率責任者(顧問)名　　(自署)	医師 検印
月　日(　)	引率責任者(顧問)名　　(自署)	医師 検印
月　日(　)	引率責任者(顧問)名　　(自署)	医師 検印
月　日(　)	引率責任者(顧問)名　　(自署)	医師 検印
月　日(　)	引率責任者(顧問)名　　(自署)	医師 検印