（記入日）　　年　　月　　日

JSCC2023／医事チェック表

※出場申込みの際に、申込書に医事チェック表を添付の上、お申し付けください。

選手氏名	年齢	学年	出場カテゴリー	出場階級
ふりがな	歳	小 ・ 中 ・ 高 年生		級

医事チェック確認

※すべての項目を漏れなく記入（✓）して下さい。記入漏れがある場合は申込みを受け付けできません。

1)今回の試合に向けての減量について
□ 減量なし
□ 減量あり（約　　Kg）
→ 減量期間（　　）
→ 過去の減量経験　□ 経験なし
□ 経験あり
□ 今回が初めて

2）過去に高血圧と診断を受けたことはありますか？
□ なし
□ あり → （　　／　　）

3）試合や練習でのダウンの経験
□ 経験なし
□ 経験あり
→ □ 練習　□ 試合
→ 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
□ 頭痛（ 強い ／ 軽い ）
□ 吐き気（嘔吐）
□ （ 意識 ／ 記憶 ）喪失
□ 病院へいった

4）脳出血
□ 経験なし
□ 経験あり
→ 時期（　　年　　月頃）
→ 治療　□ 手術した
□ 手術してない

5）視力　（㊨　　㊧　　）
→ コンタクト　□ 着用あり
□ 着用なし
→ 乱視の有無　□ 乱視あり
□ 乱視なし
（右・左・両眼）

6）網膜裂孔
□ 経験なし
□ 経験あり
→ 時期（　　年　　月頃）
→ 治療　□ 手術した
□ 手術してない

7）網膜剥離
□ 経験なし
□ 経験あり（右・左・両眼）
→ 時期（　　年　　月頃）
→ 治療　□手術してない
□手術した
（　　年　　月頃）

8）網膜剥離
□ 経験なし
□ 経験あり（右・左・両眼）
→ 時期（　　年　　月頃）
→ 治療　□手術してない
□手術した
（　　年　　月頃）

9）B型肝炎
□ 陰性
□ 陽性
□ 検査の経験なし
□ 治療の経験あり
（　　年　　月頃）

10）C型肝炎
□ 陰性
□ 陽性
□ 検査の経験なし
□ 治療の経験あり
（　　年　　月頃）

11）脱臼
□ 経験なし
□ 経験あり
→ 脱臼部位（　　）
→（　　年　　月頃）
→ 脱臼癖　□ なし
□ あり
→ 治療　□手術してない
□手術した

12）ヘルニア
□ 経験なし
□ 経験あり
→ 部位（　　）
→ 治療　□手術してない
□手術した

13）貧血　□ なし
□ あり
→ 薬　□ 服用なし
□ 服用中

14）ぜんそく
□ 経験なし
□ 幼児期のみ経験。現在は治癒
□ 現在も症状あり
→ 薬　□ 服用なし
□ 服用中

15）過去に大きな怪我、病気の経験はありますか？
□ 経験なし
□ 経験あり
→ 具体的な症例
（　　）

16）現在の持病などはありますか？
□ なし
□ あり
→ 具体的な症例
（　　）

17）服用している薬はありますか？
□ なし
□ あり
→ 具体的な薬名
（　　）

18）アレルギーはありますか？
□ なし
□ あり
→ 具体的な内容
（　　）

8）レーシック手術
□ 経験なし
□ 経験あり（右・左・両眼）
→ 時期（㊨　　年　　月頃）
（㊧　　年　　月頃）

（備考：　　）