



# K-1アマチュア大会 メディカルチェックシート

記入日 20 年 月 日

クラス ( A ・ B ・ C ) 階級: kg 選手名: ジム名:

安全管理の為、全ての□や項目にチェックを入れ、必ずご記入ください。

- (1) 減量 減量していない  
しない  
する 現在の体重 kg ( 週間で kg)
  
- (2) ダウン  
経験なし  
経験あり ( 年 月ごろ)
- (2)-2 ダメージ具合  
頭痛 吐き気 嘔吐 意識喪失 記憶喪失 病院へ行った
  
- (3) 視力  
右: 左:
- (3)-2 コンタクト着用  
している していない
- (3)-3 乱視ですか  
はい いいえ
  
- (4) 下記の病気に当てはまるものを発症された方はチェックしてください(※複数チェック可)  
脳出血 眼窩底骨折 網膜剥離 網膜裂孔 鼻骨骨折
- (4)-2 上記でチェックされた方  
手術していない  
手術した  
発症病名:  
手術時期:
  
- (5) 下記の病気に当てはまるものを発症された方はチェックしてください(※複数チェック可)  
脱臼 ヘルニア
- (5)-2 上記でチェックされた方  
発症部位:  
手術していない  
手術した  
発症病名:( )  
手術時期:( )
  
- (6) 下記の病気に当てはまるものを発症された方はチェックしてください(※複数チェック可)  
ぜんそく てんかん
- (6)-2 上記でチェックされた方  
完治 治療中
  
- (7) 肝炎  
陰性 陽性(B型・C型・両方) 検査していない
  
- (8) その他過去の大きなケガや病気の経験はありますか  
( )
  
- (9) その他治療中のケガや病気  
( )

ご協力ありがとうございました。