



K-1 甲子園

K-1 甲子園 2017 メディカルチェックシート

記入日 年 月 日

区分(K-1甲子園)

階級: kg ジム名:

選手名:

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) 減量について ☐ 減量していない
☐ 減量中 (約 _____ kg/ _____ 週間で)【現在の体重 _____ kg】
- (2) ダウンした経験 ☐ 経験なし
☐ 経験あり (練習で _____ 回位) (試合で _____ 回位)
最近ダウンした時期 (_____ 年 _____ 月頃)
ダメージの具合 ☐ 頭痛(軽い・重い) ☐ 意識喪失
☐ 吐き気 ☐ 記憶喪失
☐ 嘔吐 ☐ 病院へ行った
- (3) 脳出血 ☐ 経験なし
☐ 経験あり 時期 (_____ 年 _____ 月頃)
治療に関して ☐ 手術した(_____ 年 _____ 月頃)
☐ 手術していない
- (4) 視力 (右: _____) (左: _____)
コンタクト着用 ☐ している ☐ していない
乱視 ☐ 乱視でない ☐ 乱視である
- (5) 眼窩底骨折 ☐ 経験なし
☐ 経験あり ⇒ 治療に関して ☐ 手術した(_____ 年 _____ 月頃)
☐ 手術していない
- (6) 網膜剥離 ☐ 経験なし
☐ 経験あり ⇒ 治療に関して ☐ 手術した(_____ 年 _____ 月頃)
☐ 手術していない
- (7) 網膜裂孔 ☐ 経験なし
☐ 経験あり ⇒ 治療に関して ☐ 手術した(_____ 年 _____ 月頃)
☐ 手術していない
- (8) 鼻骨骨折 ☐ 経験なし
☐ 経験あり ⇒ 治療に関して ☐ 手術した(_____ 年 _____ 月頃)
☐ 手術していない
- (9) 脱臼 ☐ 経験なし
☐ 経験あり(部位: _____)
⇒ 治療に関して ☐ 手術した(_____ 年 _____ 月頃)
☐ 手術していない
- (10) ヘルニア ☐ 経験なし
☐ 経験あり(部位: _____)
⇒ 治療に関して ☐ 手術した(_____ 年 _____ 月頃)
☐ 手術していない
- (11) ぜんそく ☐ 経験なし
☐ 経験あり ⇒ 治療に関して ☐ 現在は治癒
☐ 現在も症状あり
- (12) てんかん ☐ 経験なし
☐ 経験あり ⇒ 治療に関して ☐ 現在は治癒
☐ 現在も症状あり
- (13) 肝炎について ☐ 陰性
☐ 陽性(B型 ・ C型 ・ 両方)
☐ 検査していない
- (14) 過去の大きなケガや病気の経験 ☐ 経験なし
☐ 経験あり (具体的に: _____)
- (15) 現在、治療中のケガや病気はありますか? ☐ なし
☐ あり (具体的に: _____)

ご協力ありがとうございました。