

 **PETER AERTS SPIRIT**
メディカルチェックシート

大会当日の受付時に持参し必ず提出

記入日 年 月 日

ふりがな	
選手氏名	(男 ・ 女) 年齢 歳
出場クラス	

以下、選手の安全のために全ての項目に必ずご記入ください(記入漏れのないようにお願いします)

1) 減量について 減量なし 減量した 減量重量 kg / 期間 (日間)

2) ダウンの経験について 経験なし
経験あり 練習中 () 回 / 試合中 () 回 直近のダウンした時期 (年 月頃)
その際の症状 頭痛 吐き気・嘔吐 意識・記憶喪失 病院へ行った

3) 脳出血について なし
あり 時期 (年 月頃) 処置 手術した 手術はしていない

4) 視力について 視力 左 () / 右 () 裸眼 コンタクトあり 乱視

5) 眼の疾病等について なし
網膜剥離 網膜裂孔 眼窩底骨折 その他 ()
時期 (年 月頃) 処置 手術した 手術はしていない

6) その他の怪我等について なし
脱臼 鼻骨骨折 ヘルニア ぜんそく てんかん その他 ()
時期 (年 月頃) 処置 手術した 手術はしていない

8) 過去の大きな怪我・病気について
なし
あり (具体的に記載))

9) 現在治療中の怪我や病気について
なし
あり (具体的に記載))

10) その他何かあればお書きください。

ご協力ありがとうございます。

受付

ドクター