

Yamaguchi Amateur SHOOTO Open Tournament 2012 第3回山口アマチュア修斗オープントーナメント

出場申込者氏名: _____ 出場階級: _____

医 事 チ ェ ッ ク 確 認 表

※すべての項目を漏れなく記入のこと。記入なき場合は申込みを受け付けません。

<p>1) 今回の試合に向けての減量について <input type="checkbox"/>減量していない <input type="checkbox"/>減量した (約 Kg) >減量期間: >過去の減量経験: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>今回初</p> <p>2) 過去に高血圧と言われたことがありますか? <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある >血圧 (/)</p> <p>3) 試合や練習などでのダウンの経験 <input type="checkbox"/>経験なし <input type="checkbox"/>経験あり ><input type="checkbox"/>試合でダウンした <input type="checkbox"/>練習でダウンした >経験の回数: ()回 >最近ダウンを経験した時期: (年 月頃) >ダメージの程度 <input type="checkbox"/>軽い頭痛 <input type="checkbox"/>強い頭痛 <input type="checkbox"/>吐き気 <input type="checkbox"/>嘔吐 <input type="checkbox"/>意識喪失 <input type="checkbox"/>記憶喪失 <input type="checkbox"/>病院へ行った</p> <p>4) 脳出血 <input type="checkbox"/>経験なし <input type="checkbox"/>経験あり >時期: (年 月頃) >治療: <input type="checkbox"/>手術した <input type="checkbox"/>手術はしていない</p> <p>5) 視力: (右:) (左:) >コンタクトレンズ <input type="checkbox"/>着用している <input type="checkbox"/>着用しない >乱視の有無: <input type="checkbox"/>乱視ではない <input type="checkbox"/>乱視である (右・左・両眼)</p> <p>6) 網膜裂孔 <input type="checkbox"/>経験なし <input type="checkbox"/>経験あり (右・左・両眼) >時期: (年 月頃) >治療: <input type="checkbox"/>手術した <input type="checkbox"/>手術はしていない</p>	<p>7) 網膜剥離 <input type="checkbox"/>経験なし <input type="checkbox"/>経験あり (右・左・両眼) >時期: (年 月頃) >治療: <input type="checkbox"/>手術した (年 月頃) <input type="checkbox"/>手術はしていない</p> <p>8) 眼窩底骨折 <input type="checkbox"/>経験なし <input type="checkbox"/>経験あり (右・左・両眼) >時期: (年 月頃) >治療: <input type="checkbox"/>手術した (年 月頃) <input type="checkbox"/>手術はしていない</p> <p>9) B型肝炎 <input type="checkbox"/>陰性 <input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>検査の経験なし <input type="checkbox"/>治療の経験あり (年 月頃)</p> <p>10) C型肝炎 <input type="checkbox"/>陰性 <input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>検査の経験なし <input type="checkbox"/>治療の経験あり (年 月頃)</p> <p>11) 脱臼 <input type="checkbox"/>経験なし <input type="checkbox"/>経験あり >部位: (年 月頃) >脱臼癖: <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある >治療: <input type="checkbox"/>手術した <input type="checkbox"/>手術はしていない</p> <p>12) ヘルニア <input type="checkbox"/>経験なし <input type="checkbox"/>経験あり >部位: (年 月頃) >治療: <input type="checkbox"/>手術した <input type="checkbox"/>手術はしていない</p> <p>13) 貧血 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり >薬: <input type="checkbox"/>服用中 <input type="checkbox"/>服用していない</p>	<p>14) ぜんそく <input type="checkbox"/>経験なし <input type="checkbox"/>幼児期のみ経験あり。現在は治癒。 <input type="checkbox"/>現在も症状あり >薬: <input type="checkbox"/>服用中 <input type="checkbox"/>服用していない >薬品名: ()</p> <p>15) 過去に大きな怪我、病気の経験はありますか? <input type="checkbox"/>経験なし <input type="checkbox"/>経験あり >具体的な症例:</p> <p>16) 現在の持病などがありますか? <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり >具体的な症例:</p> <p>17) 現在服用している薬はありますか? <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり >具体的な薬品名:</p> <p>18) アレルギーはありますか? <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり >具体的な内容:</p> <p>19) 女性の方のみお答えください。 以下の項目で過去3ヶ月以内に症状があったものをチェックしてください。 <input type="checkbox"/>妊娠 <input type="checkbox"/>骨盤部の痛みや不快感 <input type="checkbox"/>子宮内膜症 <input type="checkbox"/>異常陰出血 <input type="checkbox"/>最近の無月経 <input type="checkbox"/>最近の乳房出血 <input type="checkbox"/>最近の乳房機能不全</p>
--	---	---