H23.7.10

メディカルチェックシート

氏名	所属　　（　　）歳

本日の体調（良好・風邪気味・発熱・下痢）

その他（　　）

試合中のコンタクト（ソフト）着用　　しない　／　する

服用中の薬　　なし　・　あり（　　）

通院中の病気　　なし　・　あり（　　）

過去にダウンしたことが　　ない

ある　　いつ（　　年　　月　　日）

（　練習　・　試合　）

意識消失の時間：（　　）秒間

記憶を（　失くした　・　失くしてない　）

最近３ヶ月で本試合以外の試合出場

していない・した（　　年　　月　　日　競技種目

結果（　　）

（ダウンをした　・　ダウンをしていない）

（　　）週間で（　　）ｋｇから（　　ｋｇ）へ減量

現在ケガを（している・していない）

ケガをしている部位（　　）

試合前ドクターチェック	体温（　　）℃ 血圧　　／	コメント
本日の結果　Ｗ　・　Ｌ　・　Ｄ　　ＫＯ		頭部ダウン数（　　）回
試合後ドクターチェック		

＊網掛け部以外、全て記入してください