

和道流空手道連盟全国大会メディカルチェック表

記入日 平成 年 月 日 氏名 _____
支部番号 W- - 支部名 _____
生年月日 西暦 年 (昭和・平成 年) 月 日 歳 男女
身長 _____ cm 体重 _____ kg 血液型 _____ 型 (Rh) 出場種目 形 組手

緊急連絡先

氏名 _____ 続柄 _____ 住所 _____
固定電話 _____ 携帯電話 _____

このメディカルチェック表は選手の健康状態について確認するもので、コーチ・トレーナー・医師などが選手をサポートする上で参考とするものです。正直かつ正確に記入してください。また、決して個人情報が公開されることはありません。

1、現在、病気を患っていますか（喘息、糖尿病、心臓病、高血圧など）。

また、その為の薬を常用していますか？薬品名は7に記入してください。

いいえ はい _____

2、過去に大病を患ったり、手術をうけたことはありますか？ 内容は、8に記入してください。

いいえ はい _____

3、運動中に胸が苦しくなったり、失神することがありますか？

いいえ はい _____

4、試合中にコンタクトレンズを使用しますか？（ハード・ソフト）

いいえ はい _____

5、試合に支障のある目、鼻、歯、顎関節の障害はありますか？

（視野狭窄、鼻血、入れ歯、グラグラの歯、開口障害によるマウスピース不能）

いいえ はい _____

6、女子選手への質問

試合に支障のある貧血や生理障害（生理痛、出血）はありますか？

いいえ はい _____

7、試合に影響のある薬やサプリメントを飲んでいませんか？

薬品名とメーカー名を記入してください。

いいえ はい _____

8、下記の部位について、現在、怪我をしたり痛みがあったり、異常を指摘されたものはありますか？

上記の質問で記入したのも再度記入してください。

☆記入内容：傷害名・左右・受傷時期・現在の状態・不安な点 など。

部位	①顔 ②首 ③肩 ④肘 ⑤腕 ⑥手首 ⑦手・指 ⑧肋骨・胸部 ⑨背中・腰 ⑩殿部（尻） ⑪股関節 ⑫太もも前 ⑬太もも後ろ（ハムストリング） ⑭膝 ⑮ふくらはぎ・すね ⑯足首 ⑰足・足趾
(例) ⑬ハムストリング ⑭膝 ⑯足首	左ハムストリング肉離れ（2004年3月受傷） 現在もストレッチで伸びにくさを感じる 右前十字靭帯手術（2002年1月） 寒いと痛む時がある 左右捻挫（多回数、最近は2005年5月） 現在は問題なし

9、よく通院している病院、治療院はありますか？（病院名、治療院名）

10、その他、気になる事があれば記入してください。
