健 康 申 告 書
（兼 アンダージュニア試合承諾書）

【必ず本人が記入】

大会名		大会期間　　～	
所属名	生年月日　（西暦）　年　月　日		年齢 ※記入日時点　歳
氏 名	出場階級　級（　kg級）	体重（現在）　kg	身長　cm

1. ボクシング競技歴は何年ですか？　　年　　か月
2. 今回の大会に向けて減量しましたか？（ 下記の ・ はい ・ いいえ 該当する方を◯で囲んで下さい。）
   - ・ は　い （ 減量　kg、 最近一カ月で　kg、 直前の一週間で　kg ）
   - ・ い い え
3. 今までに大きな病気やケガ（頭部外傷 切りキズ 骨折 脱臼 靭帯断裂等）などで入院または通院したことがありますか？
   - ・ は　い　（　）歳頃；　傷病名：　医療機関名
     （　）歳頃；　傷病名：　医療機関名
     （　）歳頃；　傷病名：　医療機関名
   - ・ い い え
4. 本日の状態に該当するものに ○ 印をつけてください。

症状	月						症状	月					
	日	日	日	日	日	日		日	日	日	日	日	日
立ちくらみやめまいがする							のどが渇く						
のぼせる/頭が重い/頭が痛い							小便が近い/出にくい/赤っtぽい						
あくびがよく出る/眠気がある							脈が不規則/動悸がする						
頭がぼんやりする/全身がだるい							胸がしめつけられ息苦しい						
イライラする/気が散る/集中できない							足や顔がはれたりむくむ						
以前のことが思い出せない							唇が紫色になる						
動作や足元がぎこちない							せき、鼻水、痰が出る/熱っぽい						
ものが二重に見える							肩がこる/腰・背中・関節が痛い						
眼が痛い/赤い/かゆい/疲れる							けいれんする/しびれる						
耳鳴りがする/耳が聴こえにくい							食欲が無い/吐き気がしたり嘔吐した						
妊娠していない（女子のみ）							月経に伴う症状（下腹部痛他）がない（女子のみ）						
その他の症状がある（健診時にドクターに必ず申告して下さい。）													

試合出場承諾欄（アンダージュニア）　本大会における選手の出場を保護者として認めます。

記入日　年　月　日	続柄	保護者氏名（自署）

選手の状態を確認し、上記の項目に相違のないことを認めます。

月　日（　）	引率責任者（指導者）名　（自署）	医師検印またはサイン　㊞
月　日（　）	引率責任者（指導者）名　（自署）	医師検印またはサイン　㊞
月　日（　）	引率責任者（指導者）名　（自署）	医師検印またはサイン　㊞
月　日（　）	引率責任者（指導者）名　（自署）	医師検印またはサイン　㊞
月　日（　）	引率責任者（指導者）名　（自署）	医師検印またはサイン　㊞
月　日（　）	引率責任者（指導者）名　（自署）	医師検印またはサイン　㊞