

## TORAO ZERO Double Tournament 2007 第6回中国フレッシュマントーナメント&amp;闘裸男トーナメントvol. 2

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</p> <p><input type="checkbox"/>減量していない</p> <p><input type="checkbox"/>減量した (約 Kg)</p> <p>&gt;減量期間:</p> <p>&gt;過去の減量経験: <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>今回初</p>	<p>7) 網膜剥離</p> <p><input type="checkbox"/>経験なし</p> <p><input type="checkbox"/>経験あり (右・左・両眼)</p> <p>&gt;時期: ( 年 月頃)</p> <p>&gt;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>14) ぜんそく</p> <p><input type="checkbox"/>経験なし</p> <p><input type="checkbox"/>幼児期のみ経験あり。現在は治癒。</p> <p><input type="checkbox"/>現在も症状あり</p> <p>&gt;薬: <input type="checkbox"/>服用中 <input type="checkbox"/>服用していない</p> <p>&gt;薬品名: ( )</p>
<p>2) 過去に高血圧と言われたことがありますか?</p> <p><input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>ある</p> <p>&gt;血圧 ( / )</p>	<p>8) 眼窩底骨折</p> <p><input type="checkbox"/>経験なし</p> <p><input type="checkbox"/>経験あり (右・左・両眼)</p> <p>&gt;時期: ( 年 月頃)</p> <p>&gt;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>15) 過去に大きな怪我、病気の経験はありますか?</p> <p><input type="checkbox"/>経験なし</p> <p><input type="checkbox"/>経験あり</p> <p>&gt;具体的な症例:</p>
<p>3) 試合や練習などでのダウンの経験</p> <p><input type="checkbox"/>経験なし</p> <p><input type="checkbox"/>経験あり</p> <p>&gt;<input type="checkbox"/>試合でダウンした <input type="checkbox"/>練習でダウンした</p> <p>&gt;経験の回数: ( )回</p> <p>&gt;最近ダウンを経験した時期: ( 年 月頃)</p> <p>&gt;ダメージの程度</p> <p><input type="checkbox"/>軽い頭痛</p> <p><input type="checkbox"/>強い頭痛</p> <p><input type="checkbox"/>吐き気</p> <p><input type="checkbox"/>嘔吐</p> <p><input type="checkbox"/>意識喪失</p> <p><input type="checkbox"/>記憶喪失</p> <p><input type="checkbox"/>病院へ行った</p>	<p>9) B型肝炎</p> <p><input type="checkbox"/>陰性</p> <p><input type="checkbox"/>陽性</p> <p><input type="checkbox"/>検査の経験なし</p> <p><input type="checkbox"/>治療の経験あり</p> <p>( 年 月頃)</p>	<p>16) 現在の持病などはありますか?</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p> <p><input type="checkbox"/>あり</p> <p>&gt;具体的な症例:</p>
<p>4) 脳出血</p> <p><input type="checkbox"/>経験なし</p> <p><input type="checkbox"/>経験あり</p> <p>&gt;時期: ( 年 月頃)</p> <p>&gt;治療: <input type="checkbox"/>手術した <input type="checkbox"/>手術はしていない</p>	<p>10) C型肝炎</p> <p><input type="checkbox"/>陰性</p> <p><input type="checkbox"/>陽性</p> <p><input type="checkbox"/>検査の経験なし</p> <p><input type="checkbox"/>治療の経験あり</p> <p>( 年 月頃)</p>	<p>17) 現在服用している薬はありますか?</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p> <p><input type="checkbox"/>あり</p> <p>&gt;具体的な薬品名:</p>
<p>5) 視力: (右: ) (左: )</p> <p>&gt;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</p> <p>&gt;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>11) 脱臼</p> <p><input type="checkbox"/>経験なし</p> <p><input type="checkbox"/>経験あり</p> <p>&gt;部位: ( 年 月頃)</p> <p>&gt;脱臼癖: <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p> <p>&gt;治療: <input type="checkbox"/>手術した <input type="checkbox"/>手術はしていない</p>	<p>18) アレルギーはありますか?</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p> <p><input type="checkbox"/>あり</p> <p>&gt;具体的な内容:</p>
<p>6) 網膜裂孔</p> <p><input type="checkbox"/>経験なし</p> <p><input type="checkbox"/>経験あり (右・左・両眼)</p> <p>&gt;時期: ( 年 月頃)</p> <p>&gt;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</p> <p><input type="checkbox"/>経験なし</p> <p><input type="checkbox"/>経験あり</p> <p>&gt;部位: ( 年 月頃)</p> <p>&gt;治療: <input type="checkbox"/>手術した <input type="checkbox"/>手術はしていない</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。</p> <p><input type="checkbox"/>妊娠</p> <p><input type="checkbox"/>骨盤部の痛みや不快感</p> <p><input type="checkbox"/>子宮内膜症</p> <p><input type="checkbox"/>異常陰出血</p> <p><input type="checkbox"/>最近の無月経</p> <p><input type="checkbox"/>最近の乳房出血</p> <p><input type="checkbox"/>最近の乳房機能不全</p>
<p>6) 網膜裂孔</p> <p><input type="checkbox"/>経験なし</p> <p><input type="checkbox"/>経験あり (右・左・両眼)</p> <p>&gt;時期: ( 年 月頃)</p> <p>&gt;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</p> <p><input type="checkbox"/>なし</p> <p><input type="checkbox"/>あり</p> <p>&gt;薬: <input type="checkbox"/>服用中 <input type="checkbox"/>服用していない</p>	