

# NEWGATE メディカルチェックシート

メディカルチェックシート（大会当日、ドクターに提出願います。）

|                      |                   |                |   |
|----------------------|-------------------|----------------|---|
| 大会日/2025年11月24日（月・祝） |                   | 大会場所/琴似コンカリーニョ |   |
| フリガナ                 |                   |                |   |
| 氏名                   |                   |                |   |
| 生年月日                 | 年　月　日             | 性別             | 男　/　女   |
| 住所                   | 〒                 |                |   |
| 自宅電話番号               |                   | 緊急連絡先          |   |
| 身長                   | cm                | 体重             | kg  |
| 喫煙                   | する / しない          | 飲酒             | 飲む / 飲まない   |
| 昨日の飲酒                | 飲んだ（少量/多量）・飲まなかつた | 体温             | °C（当日）  |
| 伝染病/持病の有無            | あり / なし           | ある場合は具体的に      |   |
| アレルギー                | あり / なし<br>(具体的に) |                |   |
| 本日の体調                | 良好                | / 普通           | / 不良  |
| 不良の場合具体的に            |                   |                |   |
| ノックアウトの有無            | あり / なし           |                |   |
| 具体的に                 | いつ？               | どこで？           | 程度は？<br>・意識混濁<br>・意識消失<br>・すぐに回復した<br>・その他<br>( ) |
| 本日の試合に出場             | 出場します / 出場できません   |                |   |
| その他何かありましたらご記入下さい    |                   |                |   |
| 判定                   | 出場許可 / 出場不許可      |                |   |
| 医師サイン                |                   |                |   |