

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）・飲まなかった		体温		℃（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 （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？ ・意識混濁 ・意識消失 ・すぐに回復した ・その他 （	
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					