診　断　書

ふりがな 氏　　名		生年月日	平成　　年　　月　　日生（　　歳）
		性　　別	男子　・　女子
住　　所			
出場階級	□ ： 小学生の部	年生　　kg級	
	□ ： 女子の部		

上記の選手に対し、以下にマークした項目について評価を行った結果、

□：全国少年少女レスリング選手権大会
□：全国少年少女レスリング選抜選手権大会
□：ブロック大会（　　少年少女レスリング選手権大会）
□：その他の大会（　　）

の参加は医学的に支障なしと診断しました。 **※色塗り項目のチェックは必須です。**

□ a）	病歴（現病歴 /　既往歴 / 家族歴）
□ b）	内科学的評価（循環器、呼吸器系評価）
□ c）	接触（コンタクト）に伴って創部が露出し、対戦相手に影響を及ぼしたり、感染を引き起こしたりする可能性はない
□ d）	試合参加により自身や対戦相手の健康に悪影響を及ぼす可能性は無い
□ e）	整形外科的評価
□ f）	皮膚科学的評価
□ g）	血液・生化学的一般臨床検査
□ その他 （診断名など）	

診断日年月日　：　　年　　月　　日

診断医療機関名：

住　　所　　：

電話番号　　：

e-mail　　：

診断医師氏名（署名）：　　㊞