

診 断 書

(本診断書は診断日より 60 日間有効とします。別の大会でも使用する場合は、原本とコピーを持参し、両者を提示後、コピーを提出して下さい)

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	<input type="checkbox"/> : 小学生の部	年生				kg級	
	<input type="checkbox"/> : 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。

<input type="checkbox"/> a)	病歴(現病歴 / 既往歴 / 家族歴)
<input type="checkbox"/> b)	内科学的評価(問診、視診、聴診などによる評価)
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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が無い
<input type="checkbox"/> e)	整形外科的評価
<input type="checkbox"/> f)	皮膚科学的評価
<input type="checkbox"/> g)	血液・生化学的一般臨床検査
<input type="checkbox"/> その他 (診断名など *特に皮膚疾患を認める場合は 診断名と治療状況を記載してく ださい。)	

診断日年月日 : 年 月 日

医療機関名 :

住 所 :

電話番号 :

(e-mail) :

診断医師氏名 (署名) :