

ジュニア・チャンピオンズリーグ 健康診断書



住所	〒				
氏名					
生年月日	西暦	年	月	日生	
体重 ※小数点第一位まで	kg		身長	cm	
視力	右	左	聴力	右	左
血圧	mm/Hg		内科検診	異常 無 ・ 有	
脈拍	/min		腱反射	異常 無 ・ 有	
体温			瞳孔・眼球運動	異常 無 ・ 有	
尿検査	糖	- ± + ++	胸部 X 線*	異常 無 ・ 有 (過去に受診済み： 年 月)	
	蛋白	- ± + ++	心電図*	異常 無 ・ 有 (過去に受診済み： 年 月)	
	潜血	- ± + ++	頭部 CT スキャン*	異常 無 ・ 有 (過去に受診済み： 年 月)	
拳や関節の痛み					
既往歴					
その他所見					
上記診断のとおり相違ありません 西暦 年 月 日					
病院名					
住所					
電話番号	(FAX :)				
担当医師氏名					

*頭部 CT スキャン・胸部 X 線・心電図につきましては、画像の提出は不要です。また、過去に受診し検査結果を実行委員会に提出済みの場合は、特別な理由を除き再検査の必要はありません。ただし、過去に受診した年月を必ずご記入ください。