

# 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	所見 無 ・ 有	聴力	所見 無 ・ 有
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。