

医事証明書（診断書）

（ふりがな） 選手氏名	
生年月日	年 月 日生（ 歳）
性別	
スタイル	
階級	Kg 級

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、
レスリング競技会（大会名：_____）
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（循環器、呼吸器系評価）
<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はない
<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）	

診断年月日： 年 月 日

診断医療機関名：

住所：

電話番号：

メールアドレス（任意）：

診断医師氏名（署名）：_____