

徳島アストロズヤング健康調査票

フリガナ 選手氏名				生年月日			血液型	
フリガナ 住所								
身長	cm	体重	kg	視力	右	左		

この調査は選手の健康状態を把握し練習等に活用するものです。
この調査票に記載された個人情報は球団役員が厳重に保管します。

調査項目		該当するものに○印及記入をお願い致します。	
1	肘の怪我をした事がありますか？	はい	いいえ
2	肩の怪我をした事がありますか？	はい	いいえ
3	腰の怪我をした事がありますか？	はい	いいえ
4	膝の怪我をした事がありますか？	はい	いいえ
5	首の怪我をした事がありますか？	はい	いいえ
6	過呼吸になった事がありますか？	はい	いいえ
7	意識を失った事がありますか？	はい	いいえ
8	医師から貧血と言われた事がありますか？	はい	いいえ
9	ぜん息はありますか？	はい	いいえ
10	運動をして胸が痛くなった事がありますか？	はい	いいえ
11	薬品・頌品などアレルギーがありますか？	はい	いいえ
12	心臓の病気をした事がありますか？	はい	いいえ
13	眼鏡・コンタクトを使用していますか？	はい	いいえ
14	現在何か薬は服用していますか？	はい	いいえ
15	現在病気で医師の治療を受けていますか？	はい	いいえ
16	現在の健康状態は良好ですか？	はい	いいえ
17	(球団に伝えておきたい事はありますか？)		

徳島アストロズヤング

年 月 日

保護者氏名

印