# 拳击运动员赛前体检医务证明

**第一部分：年度体检合格证明**

**运动员**

**姓名：**

**出生日期：**

**参赛级别：**

**代表队名称：**

**签 名：**

**日 期： 年 月 日**

**医 生**

**姓名：**

**职务：**

**地址：**

**签名（盖章）：**

**日期： 年 月 日**

**意见: 适合参赛 □ 不适合参赛 □**

**拳击运动员赛前体检医务证明**

**第二部分：健康调查**

 **这是一个关乎运动员身体健康与安全的重要文件，所有问题必须如实、准确的回答，如果对任一问题有任何疑问，请询问你的检查医生。本调查由运动员本人回答，队医如实记录。**

**运动员姓名： 教练员姓名：**

**运动员需要回答的问题（用是或否回答，如果回答是，请详细描述或解释清楚）：**

1. 目前是否在进行任何治疗？ 是 □ 否 □
2. 是否出现过昏厥或脑震荡？ 是 □ 否 □
3. 在最近的六周头部是否受到过重击？ 是 □ 否 □
4. 在最近的两周内是否出现过头疼? 是 □ 否 □

5、是否有任何出血问题? 是 □ 否 □ 6、是否有乙肝、丙肝和艾滋病病毒感染史？ 是 □ 否 □ 7、是否有突然猝死的家族病？ 是 □ 否 □

8、是否做过任何外科手术？ 是 □ 否 □

1. 是否因为任何原因住院治疗过吗？ 是 □ 否 □
2. 有任何组织或个人对你提出过停止拳击训练和比赛的建议吗？

是 □ 否 □

上述问题如果回答“是”，请详细描述：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 运动员签名：

（未成年人由监护人签名）：

 日期：

**拳击运动员赛前体检医务证明**

**第三部分：健康检查**

|  |  |
| --- | --- |
| **体检证明** | **补充说明** |
| **如果运动员在过去的一年中有脑震荡，请证明：** | 在停赛期满后的医学检查中脑震荡恢复正常，可以参赛 | 是 □ | 否 □ |  |
| **总体检查** | 全面检查 | 正常□ | 异常□ |  |
| **头部** | 眼睛：瞳孔尺寸和反应性、对光反射、眼外移动 | 正常□ | 异常□ |  |
| 嘴巴、牙齿、咽喉 | 正常□ | 异常□ |  |
| 颞下颌关节 | 正常□ | 异常□ |  |
| 鼻子、鼻腔 | 正常□ | 异常□ |  |
| **颈部** | 颈椎活动度 | 正常□ | 异常□ |  |
| **胸部** | 呼吸音、肋骨压痛等 | 正常□ | 异常□ |  |
| **心血管系统** | 脉搏 | 正常□ | 异常□ | 脉搏: |
| 血压、心脏检查等 | 正常□ | 异常□ | 血压： |
| **运动系统** | 上肢：肩部、手腕、手部等 | 正常□ | 异常□ |  |
| 下肢：踝关节、膝关节等 | 正常□ | 异常□ |  |
| **神经系统** | 条件反射 | 正常□ | 异常□ |  |
| 语言反射 | 正常□ | 异常□ |  |
| 运动反应 | 正常□ | 异常□ |  |
| 昂伯氏征（Romberg sign） | 阴性□ | 阳性□ |  |
| **过敏** | 过敏史 | 有 □ | 无 □ | 过敏原： |
| **用药** | 名称和记录（清单） | 是 □ | 否 □ | 清单： |
| **常规体检****（必查）** | 身高、体重、血压、脉搏、眼科、耳鼻喉、血常规、尿常规等常规检查 | 正常 □ | 异常 □ | 备注： |
| **血液生化检查及心电图（必查）** | 乙肝五项 | 正常□ | 异常□ |  |
| 丙 肝 | 阴性□ | 阳性□ |  |
| HIV病毒 | 阴性□ | 阳性□ |  |
| 心电图 | 正常□ | 异常□ |  |
| **其他相关检查** | 如：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 正常□ | 异常□ |  |

**注：1.本证明的相关内容由医院及队医完成。体检资料有效期：成年男子有效期为三个月；其它年龄的男子比赛和女子比赛有效期为一年。**

**2.其中常规体检、乙肝、丙肝、艾滋、心电图、为必查项目。**

**3.如头部受到重击或KO等特殊情况的，需要提供相关的专科检查和有效的实验室检查材料。**

**4.如有异常，需仔细说明情况。**

**拳击运动员赛前体检医务证明**

**第四部分：签字盖章**

**以下内容由拳击运动员或其监护人填写：**

 我承诺以上内容（第一、二、三部分）均符合实际情况，我确定我没有隐瞒任何对参加拳击比赛可能产生影响的事实。

 运动员本人签名：

 （未成年运动员由法定监护人签名）：

 日期：

**以下内容由体检医生填写：**

我确认这份赛前体检医务证明符合拳击竞赛的医疗规则，运动员回答问题准确、翔实，和我了解的情况相符。我也对运动员进行了全面、专业的检查，并准确的填写了这份医务证明材料。在此以我职业的态度确认运动员：

**适合参加比赛**（ ）：身体和心理都很健康，可以参加比赛。

**不适合参加比赛**（ ）：因为健康原因，身体条件不允许参加比赛。

 体检医生签名（盖章）：

 体检日期（赛前一周内）：

 参赛单位法人签字： 单位公章

**（备注：该医务证明由执业医师完成，参赛单位需严格把关，弄虚作假后果自负，比赛时查验并收取备案。）**