附件3

国家队运动员就医用药及饮食情况调查表

（每月末填报）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 注册单位 |  | 班组 |  | 时间阶段 |  |

就医用药情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时间 |  | 地点 |  |
| 伤病情况、诊断及用药详情： | | | |

日常饮食

|  |
| --- |
| （列出除国家队集体提供的食品以外的所有饮食情况） |
| 运动员签字： 日期： 教练员签字： 日期： |