# 附件2

# 拳击运动员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 | |  | 出生日期 |  | | 照片 |
| 籍贯 | |  | 联系电话 | | |  | | |
| 既往病史 | |  | | | | | | |
| 家庭史 | |  | | | | | | |
| 内  科 | 体温 | | 摄氏度 | | | 血压 | | / mmHg | 医师意见：  签名： |
| 呼吸 | | 次/分 | | | 脉搏 | | 次/分 |
| 心、肺听诊 | |  | | | 呼吸音 | |  |
| 肝、脾、双肾 | |  | | | 腹部包块 | |  |
| 外  科 | 身高 | | cm | | | 体重 | | KG | 医师意见：  签名： |
| 皮肤 | |  | | | 淋巴结 | |  |
| 头、颈 | |  | | | 甲状腺 | |  |
| 胸廓挤压 | |  | | | 四肢（手部关节） | |  |
| 脊柱 | |  | | | | | |
| 耳鼻喉、  口腔 | 耳廓 | |  | | | 鼓膜 | |  | 医师意见：  签名： |
| 鼻骨 | |  | | | 鼻腔（鼻中隔） | |  |
| 口腔粘膜 | |  | | | 牙周 | |  |
| 牙齿 | |  | | | 扁桃体 | |  |
| 眼 | 裸眼视力 | | 左 |  | | 右 | |  | 医师意见：  签名： |
| 矫正视力 | |  | |  |
| 瞳孔 | |  | |  |
| 眼底 | |  | |  |
| 实验室检查 | 血常规 | |  | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 尿常规 | |  | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 尿妊娠（女） | |  | | | | | | 检验师签名： |
| 辅助检查结果 | 心电图 | |  | | | | | | 医师签名： |
| 乙肝五项 | |  | | | | | | 检验师签名： |
| 丙肝 | |  | | | | | | 检验师签名： |
| 艾滋 | |  | | | | | | 检验师签名： |
| 眼部B超 | | 省比赛暂不作要求，可不检 | | | | | | 医师签名： |
| 体检结果 | 主检医师签名： 年 月 日  体检单位审查意见、盖章： | | | | | | | | |

（注：该体检表作为原始体检材料上交，相关检查结果或检验单可粘贴在体检表背面。）

# 附件3

# 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、准确地回答，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、是否有家族遗传病？突然猝死？ 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. 是否有其他的伤病？ 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：瞳孔大小、对光反射、眼底、视力：左： 右： | 正常□ | 异常□ |  |
| 嘴巴、牙齿、咽喉 | 正常□ | 异常□ |  |
| 颞下颌关节 | 正常□ | 异常□ |  |
| 耳朵、鼻子、鼻腔 | 正常□ | 异常□ |  |
| **颈部** | 颈椎活动度、淋巴结 | 正常□ | 异常□ |  |
| **胸部** | 呼吸音、肋骨肿胀、压痛等 | 正常□ | 异常□ |  |
| **心血管系统** | 脉搏（请记录） | 正常□ | 异常□ | 脉搏: |
| 血压（请记录）、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(Rombergsign) | 阴性□ | 阳性□ |  |
| **过敏** | 过敏史 | 有 □ | 无 □ | 过敏原： |
| **用药豁免** | 名称和记录  （清单） | 是 □ | 否 □ | 清单： |
| **常规体检** | 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** | 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；其他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，并准确地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。）**

附件4

2022年粤港澳大湾区拳击比赛

自愿参赛责任及风险告知书

一、我完全了解自己的身体状况，确认自己的健康状况良好；没有任何的身体不适或疾病（包括心脏病、风湿心脏病、高血压、脑血管疾病、心肌炎、各类心脏病、冠状动脉病、严重心律不齐、血糖过高或过低的糖尿病，以及其他不适合拳击运动的疾病），因此我郑重声明，可以正常参加比赛。

二、我充分了解本次活动期间的训练或比赛有潜在的危险，以及可能由此而导致的受伤或事故，我会做好准备必要的防范措施，以对自己的安全负责任的态度参赛。

三、我本人愿意遵守本次比赛活动的所有规则规定；如果本人在参赛过程中发现或注意到任何风险或潜在风险，本人将立刻终止参赛并告知赛会工作人员。

四、我同意接受主办方在比赛期间提供的现场急救性质的医务治疗，但在医院救治等发生的相关费用由本人负担。

**本人或法定监护人已认真阅读全面理解以上内容，且对上述所有内容予以确认并承担相应的法律责任，本人签署此责任书纯属自愿。**

本人签字：

未满16周岁监护人、管理人或法定代理人签名：

日期：2023年 月 日