**国　体　選　手　貧　血　検　査　表**

**１．受診者情報**

**選手氏名：**

**競 技 名：**

**生年月日：　昭和・平成　　　年　　　月　　　日（年齢：　　歳）**

**性　　別：　男　・　女**

**住　　所：　〒**

**所　　属：　　　　　　　　　　　　　（学年：　　年生）**

**連 絡 先：　　　　　　―　　　　―**

**２．検査項目**

**※血液検査結果表を添付**

**（裏面に貼付でも可）**

**ヘモグロビン　　　　　　　　g／dℓ**

**フェリチン　　　　　　　　　ng／mℓ**

**血清鉄　　　　　　　　　　　ug／dℓ**

**総鉄結合能　　　　　　　　　ug／dℓ**

**※血液検査結果表を添付された場合は、検査項目は未記入**

**平成　　年　　月　　日**

**医療機関名：**

**診察医師名：**

愛媛県内の協力医療機関で受診した場合は、検査料１人２，０００円（税込）です。（保険証を持参すること）

※国体選手は、この検査とは別に「愛媛県国体選手健康診断書」（検査料1人6,000円）を必ず受診すること。

問合せ先：公益財団法人愛媛県体育協会　　ＴＥＬ：０８９－９１１－１１９９