

①セルフチェックシート(参加初日のみ) 全日本ジュニア2018

記入日: 8月 日(曜日)

学校名: 所属:
 氏名: (年齢: 歳) 男・女 身長: cm 体重: kg
 利き手: 右・左 フォアハンド: 右・左 片手・両手 バックハンド: 片手・両手
 テニス競技層: 年 月 使用ストリング(ブランド、種類)
 使用ラケット(ブランド、種類) スtringのポンド数 たて: 横:

*****以下の項目の口印を記し、回答してください*****

●既往歴についてお尋ねします●

(1)これまでに以下の病気をしたことがありますか。

①貧血	<input type="checkbox"/> ある(~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
②ぜんそく	<input type="checkbox"/> ある(~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
③高血圧	<input type="checkbox"/> ある(~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
④心臓病	<input type="checkbox"/> ある(~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
⑤川崎病	<input type="checkbox"/> ある(~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
⑥腎炎	<input type="checkbox"/> ある(~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
⑦肝炎	<input type="checkbox"/> ある(~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
⑧胃十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/> ある(~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
⑨てんかん	<input type="checkbox"/> ある(~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
⑩手術	<input type="checkbox"/> ある(~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
病名:	
⑫その他	<input type="checkbox"/> ある(~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない ()

(2)以下のアレルギーは持っていますか。

①薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> ある・ <input type="checkbox"/> ない
薬品名:	
②食物アレルギー	<input type="checkbox"/> ある・ <input type="checkbox"/> ない
食品名:	
③その他	<input type="checkbox"/> ある・ <input type="checkbox"/> ない

医療機関:

●ケガと病気についてお尋ねします●

(3)これまで、または現在、2週間以上試合が出来ない程のケガをした事がありますか。または、していますか。

①肘の痛み	<input type="checkbox"/> 現在ある・ <input type="checkbox"/> 過去あった(~ 歳、 ~ 歳、 ~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
②手首の痛み	<input type="checkbox"/> 現在ある・ <input type="checkbox"/> 過去あった(~ 歳、 ~ 歳、 ~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
③膝の痛み	<input type="checkbox"/> 現在ある・ <input type="checkbox"/> 過去あった(~ 歳、 ~ 歳、 ~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
④腰の痛み	<input type="checkbox"/> 現在ある・ <input type="checkbox"/> 過去あった(~ 歳、 ~ 歳、 ~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
⑤肩の痛み	<input type="checkbox"/> 現在ある・ <input type="checkbox"/> 過去あった(~ 歳、 ~ 歳、 ~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
⑥ふくらはぎの痛み	<input type="checkbox"/> 現在ある・ <input type="checkbox"/> 過去あった(~ 歳、 ~ 歳、 ~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
⑦アキレス腱の痛み	<input type="checkbox"/> 現在ある・ <input type="checkbox"/> 過去あった(~ 歳、 ~ 歳、 ~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
⑧その他の痛み	<input type="checkbox"/> 現在ある・ <input type="checkbox"/> 過去あった(~ 歳、 ~ 歳、 ~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
⑨ねんざ(部位:)	<input type="checkbox"/> 現在ある・ <input type="checkbox"/> 過去あった(~ 歳、 ~ 歳、 ~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
⑩肉離れ(部位:)	<input type="checkbox"/> 現在ある・ <input type="checkbox"/> 過去あった(~ 歳、 ~ 歳、 ~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
⑪骨折(部位:)	<input type="checkbox"/> 現在ある・ <input type="checkbox"/> 過去あった(~ 歳、 ~ 歳、 ~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
⑫その他	<input type="checkbox"/> 現在ある・ <input type="checkbox"/> 過去あった(~ 歳、 ~ 歳、 ~ 歳)・ <input type="checkbox"/> ない

(部位:)
 医療機関名(通院・入院した場合):

(4)現在、治療や定期的な検査を受けている病気がありますか。

ある(病名:)・ない

(5)普段飲んでいる薬はありますか。

ある(薬の名前:)・ない

(6)これまでに練習中や試合中に意識を失ったことがありますか。

ある(歳、 歳、 歳)・ない

(7)学校検診で異常があったり、精密検査を受けたことがありますか。

ある(検査内容: 歳)・ない

●選手メモ● 何か気になる事などがあれば、記入してください。

●ドクターメモ● 選手は記入しないでください。

●精密検査● 選手は記入しないでください。
 要・不要 | 診断結果:

『日本体育協会—国体選手における医・科学サポートとガイドライン』より