

②セルフチェックシート(試合当日・受付時) 全日本ジュニア2018年

記入日: 月 日 () 午前・午後 時 分

所属: _____ ドローNo.: _____ 生年月日: _____

氏名: _____ □男 □女 (年れい: _____ 歳 学年: 高・中・小学校 年生)

本日の出場試合: □12歳以下シングルス □12歳以下ダブルス □14歳以下シングルス □14歳以下ダブルス
□16歳以下シングルス □16歳以下ダブルス □18歳以下シングルス □18歳以下ダブルス

テニス競技歴: _____ 年 _____ ヶ月

身長: _____ cm 体重: _____ kg

*****あてはまるものに、☑、数字、印をつけてください*****

【体調について】

熱中症(プレー不能または中断する程度)になったことがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
熱っぽい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
頭が痛い	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
からだがだるい	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
力が入らない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
疲れがたまっている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
食よくがない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
朝ごはんを食べていない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
お腹をこわしている	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

いつものすいみん時間は・・・ 時間

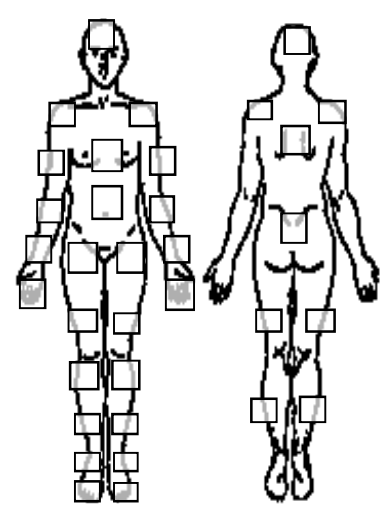
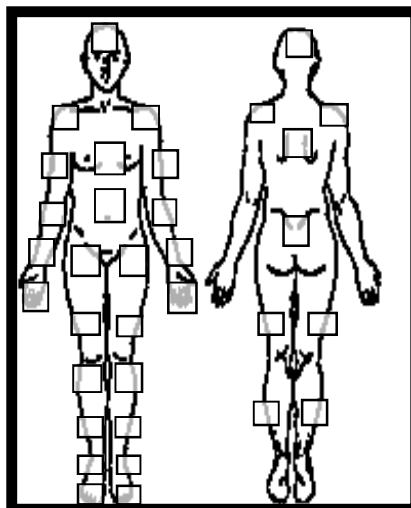
きのうのすいみん時間は・・・ 時間

からだに痛みがある **現在**

1ヶ月以内の痛み

からだに痛みのある人は
☐の中に、該当する数字をつけてください

- ①全力で練習・試合ができない
- ②テニスはできるけど痛い
- ③遊べるけど痛い
- ④動かすと痛い
- ⑤じっとしていても痛い



『日本体育協会—スポーツ活動中の熱中症予防ガイドブック』
『日本臨床スポーツ医学会内科部会の提言』より