

# ①セルフチェックシート(参加初日のみ)

記入日: 月 日( )

学校名: 所属:

Web入力 (した していない)

氏名: (年齢: 歳) 男・女 コーチ名:

テニス競技歴: 年 ヶ月 身長: cm 体重: kg

使用ラケット(ブランド、種類) 使用ストリング(ブランド、種類)

ストリングのポンド数 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

\*\*\*\*\*以下の項目の口に印を記し、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:	
⑪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)・ <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)・ <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)・ <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)・ <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)・ <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)・ <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)・ <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)・ <input type="checkbox"/> ない
⑨ねんざ	<input type="checkbox"/> 現在ある・ <input type="checkbox"/> 過去あった( 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
⑩肉離れ	<input type="checkbox"/> 現在ある・ <input type="checkbox"/> 過去あった( 歳)・ <input type="checkbox"/> ない
⑪骨折	<input type="checkbox"/> 現在ある・ <input type="checkbox"/> 過去あった( 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)・ <input type="checkbox"/> ない
(部位: )	
医療機関名(通院・入院した場合):	

(4)現在、治療や定期的に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)・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: )・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: