

①セルフチェックシート(申し込み時)

記入日: 月 日()

学校名: _____ クラブチーム名: _____
 氏名: _____ (年齢: 歳) コーチ名: _____
 テニス競技暦: 年 月 身長: _____ cm 体重: _____ kg

*****以下の項目の□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	□ある(歳)・□ない
②ぜんそく	□ある(歳)・□ない
③高血圧	□ある(歳)・□ない
④心臓病	□ある(歳)・□ない
⑤川崎病	□ある(歳)・□ない
⑥腎炎	□ある(歳)・□ない
⑦肝炎	□ある(歳)・□ない
⑧胃十二指腸潰瘍	□ある(歳)・□ない
⑨てんかん	□ある(歳)・□ない
⑩手術	□ある(歳)・□ない
【病名: _____】	【医療機関: _____】
⑪その他 (_____)	□ある(歳)・□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 (薬品名: _____)	□ある・□ない
②食物アレルギー (食品名 _____)	□ある・□ない
③その他 (_____)	□ある・□ない

●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	□現在ある・□過去あった(歳)・□ない
②手首の痛み	□現在ある・□過去あった(歳)・□ない
③膝の痛み	□現在ある・□過去あった(歳)・□ない
④腰の痛み	□現在ある・□過去あった(歳)・□ない
⑤肩の痛み	□現在ある・□過去あった(歳)・□ない
⑥ふくらはぎの痛み	□現在ある・□過去あった(歳)・□ない
⑦アキレス腱の痛み	□現在ある・□過去あった(歳)・□ない
⑧その他の痛み	□現在ある・□過去あった(歳)・□ない
⑨ねんざ	□現在ある・□過去あった(歳)・□ない
⑩肉離れ	□現在ある・□過去あった(歳)・□ない
⑪骨折	□現在ある・□過去あった(歳)・□ない
⑫その他 (部位: _____)	□現在ある・□過去あった(歳)・□ない
【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:

選手・保護者の皆様

拝啓 初夏の候、ますます御健勝のこととお喜び申し上げます。

さて、昨年よりジュニアテニス選手権大会では、選手のセルフメディカルチェックを実施しています。

特に大会は夏の暑い時期に行われますので、例年、体調不調を訴える選手もあり、選手の体調管理は重要です。例えば、熱中症はだれにでも起こりうるスポーツ傷害で、適切な手当を行わないと生命の危険にも関わってくる場合があります。

セルフメディカルチェックシートは、選手と保護者の皆様と一緒に記入してください。選手の皆様が体調のセルフチェックをする事で、自分の身体の調子を整えるだけでなく、メディカルスタッフが選手の体調を把握しておくことで、試合中における万が一の事態にも早急に対処でき、試合当日の選手のケガ防止や熱中症予防、障害の統計にも役立つと考えられます。

セルフメディカルチェックシートは以下の3種類あります。

- ① 今までのけが、病気などのチェックシート(事前に記入するもの)
- ② 大会当日のチェックシート(当日朝に記入するもの)
- ③ 競技中のチェックシート(注意を呼びかけるもの)

① と②は試合当日にドクタートレーナールームに提出してください。

お手数をお掛けいたしますが、選手が安全に試合へ臨めるため御高配賜ります様よろしくお願ひ申し上げます。

なお、お預かりした個人情報、本調査のみに使用させていただきます。

また、セルフチェックシートの内容による出場制限はありません。

日本テニス協会 医事委員会テニス障害部会
関西テニス協会 スポーツ医科学委員会