

①セルフチェックシート(申し込み時)

記入日: 月 日()

学校名: 所属:

氏名: (年齢: 歳) 男・女 コーチ名:

テニス競技暦: 年 ヶ月 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:	
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	□ある・□ない
薬品名:	
②食物アレルギー	□ある・□ない
食品名:	
③その他	□ある・□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	□現在ある・□過去あった(歳)・□ない
②手首の痛い	□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	□現在ある・□過去あった(歳)・□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: