

# セルフチェックシート②(試合当日・受付時) 2017年版

セルフチェックシート①(大会初日)をWeb入力しましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
セルフチェックシート②(試合当日・受付時)をWeb入力しましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

記入日: 2017年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分頃記入

所属: \_\_\_\_\_

ドローNo.: \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_  
氏名: \_\_\_\_\_ 男 女 (年齢: \_\_\_\_\_ 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(ねつ)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
食欲がない	<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
最近1ヶ月に何か体調の変化はありましたか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
最近1ヶ月で病院にかかりましたか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
最近1か月に練習中や試合中に意識を失ったことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
睡眠時間は...	時間	
からだに痛みがある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

からだに痛みがある人は  
□の中に、しるしをつけてください

前から痛い所は ●

今痛い所は X をつけてください

