

平成 年度 さやまラグビースクール セルフチェックシート

注)セルフチェックシートを忘れた場合、または未記入等の不備がある場合は練習(試合)には参加できません

学年	年	ふりがな		生年月日	H 年	月	日	血液型	RH + - 型
チーム	A B C D	氏名		性別	男・女	年齢	歳	平熱	℃
保護者氏名		住所	〒	保護者緊急連絡先	①	-	-	②	-
熱中症(疑い)の経験(過去の経験全て記入)	H 年	月頃	脳振盪(疑い)の経験(過去の経験全て記入)	H 年	月頃	常用薬既往歴(喘息等)			

日付	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
睡眠時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間	時間
排便 (24時間以内)	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
朝食											
体調	良・普・悪	良・普・悪	良・普・悪	良・普・悪	良・普・悪	良・普・悪	良・普・悪	良・普・悪	良・普・悪	良・普・悪	良・普・悪
関節や筋肉の痛み	有・無 ()	有・無 ()	有・無 ()	有・無 ()	有・無 ()	有・無 ()	有・無 ()	有・無 ()	有・無 ()	有・無 ()	有・無 ()
服薬											
爪	<input type="checkbox"/> 切っている <input type="checkbox"/> 伸びている	<input type="checkbox"/> 切っている <input type="checkbox"/> 伸びている	<input type="checkbox"/> 切っている <input type="checkbox"/> 伸びている	<input type="checkbox"/> 切っている <input type="checkbox"/> 伸びている	<input type="checkbox"/> 切っている <input type="checkbox"/> 伸びている	<input type="checkbox"/> 切っている <input type="checkbox"/> 伸びている	<input type="checkbox"/> 切っている <input type="checkbox"/> 伸びている	<input type="checkbox"/> 切っている <input type="checkbox"/> 伸びている	<input type="checkbox"/> 切っている <input type="checkbox"/> 伸びている	<input type="checkbox"/> 切っている <input type="checkbox"/> 伸びている	<input type="checkbox"/> 切っている <input type="checkbox"/> 伸びている
参加意欲	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
コーチへ連絡事項											
持ち物 チェック 着替用シャツ (夏)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
シューズ 帽子(夏)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ヘッドギア タオル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UVケア(夏) 飲み物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家を出る前の 水分補給(夏)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
保護者サイン											
コーチサイン											

※上記の内容に相違ない時は保護者のサインをしてください