

野球肘検診事前質問用紙

正確な検診を行うために質問用紙への回答をお願いいたします。なお、この質問にて知りえた情報については検診及び統計資料以外に利用することはありません。

氏名		学校・チーム名	
生年月日	平成 年 月 日	学年	小学・中学 年

質問1 身長は何cmですか？ _____ cm

質問2 体重は何kgですか？ _____ kg

質問3 いつから野球を始めましたか？ 小学・中学 年 月

質問4 投球は右投げですか、左投げですか？ 右投げ 左投げ

質問5 今までのポジションと今のポジションに☑をつけてください。

複数のポジションの場合はすべてに☑をつけてください。

	投手	捕手	一塁手	二塁手	三塁手	遊撃手	外野手
小学1年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小学2年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小学3年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小学4年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小学5年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
小学6年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
中学1年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
中学2年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

質問6 中学や高校に行っても野球を続けますか？ はい いいえ 未定

質問7 からだのどこかに痛いところがあれば☑をつけてください。（複数に☑可）
今痛くなくても、前に痛かった場合は■に塗りつぶしてください。（複数に■可）

肩 肘 腰 膝 かかと
 足、足首 手、手首 その他 _____

質問8 現在、病院や接骨院にかかっていますか？ はい いいえ