

# スポーツ整形外科 問診票

## 1,現在、どのようなスポーツをされていますか？(複数回答可)

- |  |                                 |                                   |                                     |                                      |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 野球            | <input type="checkbox"/> サッカー   | <input type="checkbox"/> バスケットボール | <input type="checkbox"/> バレーボール     | <input type="checkbox"/> テニス         |
| <input type="checkbox"/> バドミントン        | <input type="checkbox"/> ソフトボール | <input type="checkbox"/> 柔道       | <input type="checkbox"/> ラグビー       | <input type="checkbox"/> 体操競技        |
| <input type="checkbox"/> ゴルフ           | <input type="checkbox"/> スキー    | <input type="checkbox"/> スノーボード   | <input type="checkbox"/> ランニング、マラソン | <input type="checkbox"/> 剣道          |
| <input type="checkbox"/> 卓球            | <input type="checkbox"/> 新体操    | <input type="checkbox"/> 水泳       | <input type="checkbox"/> 空手         | <input type="checkbox"/> サーフィン       |
| <input type="checkbox"/> ハンドボール        | <input type="checkbox"/> ボクシング  | <input type="checkbox"/> ダンス      | <input type="checkbox"/> 陸上         | <input type="checkbox"/> アメリカンフットボール |
| <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |                                 |                                   |                                     |                                      |

## 2,特定のポジションはありますか？ はい いいえ

ポジション名: \_\_\_\_\_

## 3,身長・体重・利き手を教えてください。(空白でも構いません)

身長	cm	体重	kg	利き手	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 両方
----	----	----	----	-----	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

## 4,在籍している学校名、または所属チームを記入してください。 特になし

学校名 \_\_\_\_\_ / 年生 \_\_\_\_\_ 所属チーム \_\_\_\_\_

## 5,在籍している学校、または所属チームにトレーナー(サポートスタッフ)がいますか？ いない いる 不明

## 6,一日の練習時間はどのくらいですか？

- |    |                               |                                |                                |                                |
|----|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 平日 | <input type="checkbox"/> ～1時間 | <input type="checkbox"/> 1～2時間 | <input type="checkbox"/> 2時間以上 |                                |
| 休日 | <input type="checkbox"/> ～2時間 | <input type="checkbox"/> 2～4時間 | <input type="checkbox"/> 4～6時間 | <input type="checkbox"/> 6時間以上 |

## 7,一週間のうち、練習日数は何日ありますか？

- 毎日 6日 5日 4日 3日以内

## 8,今、練習や大会・試合を続けることを強く望みますか？(チーム事情や日程で参加しなくてはならない)

- はい わからない 休んで治るならば休みたい 治療を優先にしたい

## 9,大切な試合や選考会などの予定はありますか？

ない ある \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 頃

## 10,現在の競技パフォーマンス状況はどのくらいですか？ (ボールを投げる、(蹴る)距離はどのくらいですか？)

( \_\_\_\_\_ )%ぐらいの競技能力 ( \_\_\_\_\_ )m