

## 問診票（投球障害用）

平成 年 月 日

名前 \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 才 性別： （男・女）

学年 \_\_\_\_\_ 年

チーム名： \_\_\_\_\_

利き手： 右投げ・左投げ 右打ち・左打ち

ポジション： \_\_\_\_\_

競技歴（いつから）： \_\_\_\_\_

練習日※○をつけてください。（ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ）

練習時間： 平日 時間 休日 時間

練習以外の時間で野球をすることがありますか？ （はい・いいえ）

→はいと答えた方は、何時間していますか？

（ \_\_\_\_\_ ）

野球以外でのスポーツをしていますか？ （はい・いいえ）

→はいと答えた方は、どのような競技をしていますか？

（ \_\_\_\_\_ ）

現在痛みがある、または過去に痛みが出たことがありますか？ （はい・いいえ）

→はいと答えた方は、**以下の質問にも記載してください。**

1) 現在の痛みについて記載してください。

①痛い場所に○をつけてください。

②初めての症状ですか？ （はい・いいえ）

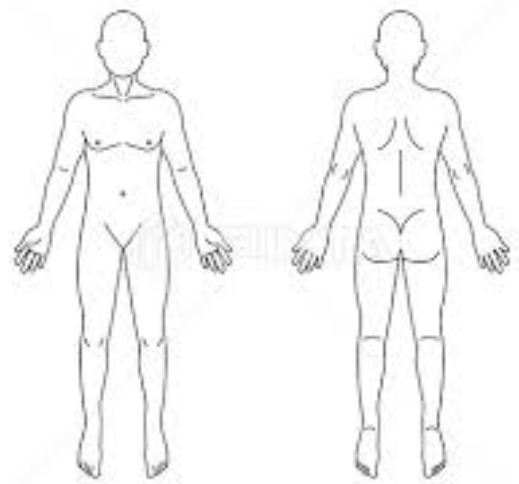
→はいと答えた方は

A. いつ頃から B. 何をして痛くなりましたか？

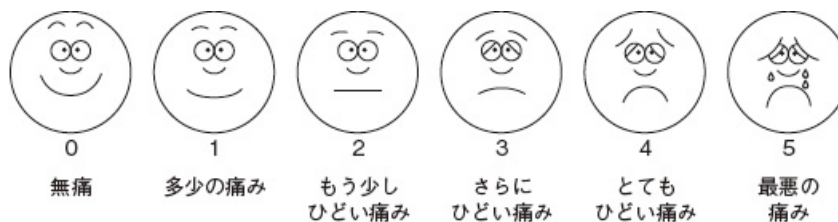
A. \_\_\_\_\_ B. \_\_\_\_\_

→いいえと答えた方は、A. いつ頃 B. 同じような症状は何回目ですか？

A. \_\_\_\_\_ B. \_\_\_\_\_



③どのくらい痛いですか？当てはまる数字に丸をつけて下さい。



④どのような動きをした時に痛みが出ますか？

( ランニング・ダッシュ・キャッチボール・バッティング その他： )

⑤当てはまるものを選んでください。

- ☐ ボールを投げると腕がだるくなる（しびれる）。
- ☐ 字を書いていると腕がだるくなる（しびれる）。
- ☐ 腕がだるくなるので（しびれるので）休めの姿勢ができない。
- ☐ 電車やバスのつり革が持てない。
- ☐ シャンプーができない。

⑥どこかで治療を受けていますか？ （はい・いいえ）

→はいと答えた方は、どのように治療していますか？

( 病院やクリニック・整骨院・鍼灸院 その他： )

⑦痛みなどでスポーツに制限をしていますか？

( 通常通り参加・別メニューで参加・練習を休んでいる )

2) 過去の痛みについて記載してください。 例) 〇才 突き指 病院受診