

# 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？

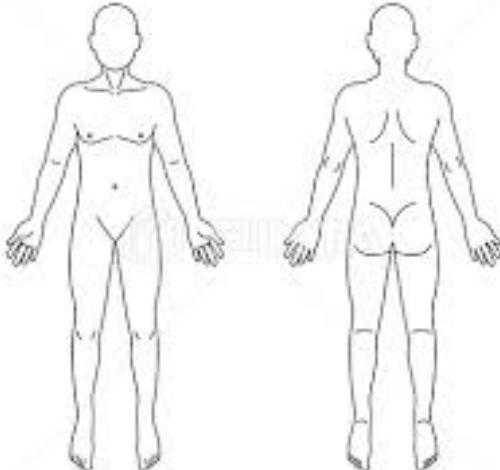
（ ）

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

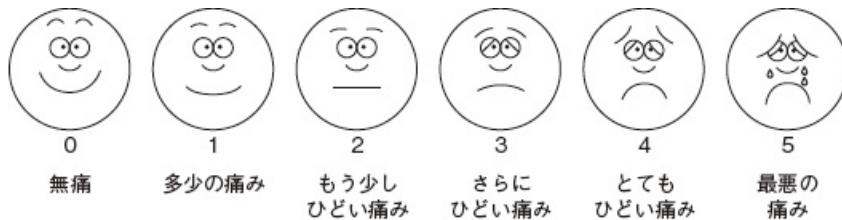
A. いつ頃から B. 何をして痛くなりましたか？

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) ○才 突き指 病院受診