

スポーツ傷害用問診表

ID: \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

指導者名 \_\_\_\_\_

指導者連絡先 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

所属チーム名又は学校名 \_\_\_\_\_

学年 \_\_\_\_\_

1、現在行っている競技の種類は何ですか、またポジション、種目を競技名の隣にご記入下さい。

- |  |                               |  |                               |
|--|-------------------------------|--|-------------------------------|
| <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"/> ダンス  |
| <input type="checkbox"/> テニス           | <input type="checkbox"/> ゴルフ  | <input type="checkbox"/> バレーボール        | <input type="checkbox"/> 卓球   |
| <input type="checkbox"/> 陸上            | <input type="checkbox"/> 水泳   | <input type="checkbox"/> ソフトボール        | <input type="checkbox"/> 剣道   |
| <input type="checkbox"/> 柔道            | <input type="checkbox"/> 新体操  | <input type="checkbox"/> ハンドボール        | <input type="checkbox"/> ラグビー |
| <input type="checkbox"/> 空手            | <input type="checkbox"/> 器械体操 | <input type="checkbox"/> バトミントン        | <input type="checkbox"/> 合気道  |
| <input type="checkbox"/> アメリカンフットボール   |                               | <input type="checkbox"/> スキー・スノーボード    |                               |
| <input type="checkbox"/> マラソン (フル・ハーフ) |                               | <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |                               |

3、競技レベルはどのぐらいですか。また、何年間競技を続けていますか。

- プロ  アマ  学校の部活  趣味 ( \_\_\_\_\_ 年間)

4、現在レギュラーですか、また主な競技成績をお知らせください。(例：福岡県優勝、国体3位)

- はい・ いいえ 成績(チーム: \_\_\_\_\_ 個人: \_\_\_\_\_)

5、練習時間はどれくらいですか。

( \_\_\_\_\_ 時間/1日、 \_\_\_\_\_ 回/1週間)

6、現在練習はどうしていますか。

- 痛くて休んでいる。  
 痛みの出ないものだけやっている。  
 痛みがあるがやっている。

7、ケガをしてから(または、痛みを感じ始めてから)の痛みの経過についてお聞きします。

- ケガしたときと全く変わらない  徐々に良くなっている  悪化している

8、どんな時に痛みを感じますか。

- 安静にしても痛い  日常の生活動作(歩く、寝返り、着替えのとき等)でも痛い  
 スポーツの時だけ痛い  起床時や朝に痛い  夜になると痛い  
 練習後など疲れてくると痛い

9、今後の大会の予定はありますか。

- ある、大会予定 ( \_\_\_\_\_ )  ない

また出場を強く望みますか。

- 出場したい  わからない  治るのであれば休みたい