

【野球肩肘検診：問診票】

改訂版

名前 _____ 年齢 _____ 学年 _____

チーム名 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

《基本情報》

- 野球はいつ頃からしていましたか？
- ポジションはどこですか？（試合出場の多い順に3つまで）
- 投・打と利き手を教えてください
投（右・左） 打（右・左・両） 利き手（右・左・両）
- 野球の場合、およその年間試合数を教えてください。さらに投手の場合、およその1試合投球数を教えてください。
年間試合数： _____ 試合 / 1試合投球数： _____ 数
- 試合、練習を含め、シーズン中、1週間で全力投球をした日の投球数はどのぐらいでしたか？
①50球未満 ②100球未満 ③100球以上 ④全力投球してない
- シーズン中、1週間で全力投球（ぜんりょくとうきゅう）をした日数は何日ですか？
①1日 ②2日 ③3日 ④4日 ⑤5日 ⑥6日
⑦毎日 ⑧全力投球はしていない
- シーズン中、1週間での全力投球は合計何球でしたか？
①50球未満 ②100球未満 ③150球未満 ④200球未満
⑤250球未満 ⑥250球以上 ⑦全力投球してない
- 前日の投球数はどのぐらいでしたか？
①50球未満 ②100球未満 ③150球以上 ④150球以上
⑤投球してない
- 今日の投球数はどのぐらいでしたか？
①50球未満 ②100球未満 ③150球以上 ④150球以上
⑤投球してない

《現病歴・既往歴》

- 現在、肩・肘・膝の痛みはありますか？
はい（肩・肘） ・ いいえ
- 現在、全力投球はできますか？
はい ・ いいえ
- 現在スポーツ（野球）は継続できていますか？
はい ・ いいえ
- 過去に肘の痛みで治療を受けたことがありますか？
なし ・ あり
ありの場合は異常の内容をわかる範囲で教えてください
【 _____ 】
- 現在もしくは過去に膝の前面に痛みがありましたか？
なし ・ あり（現在） ・ あり（過去）

《検診について》

- 今年度に今回の野球肩肘検診のような集団検診を受けましたか？
はい ・ いいえ
- 検診で異常を指摘されましたか？
はい ・ いいえ
はいの場合は異常の内容をわかる範囲で教えてください
【 _____ 】

《現在の肘の状態について》

該当する番号に○をつけてください。

- 肘の痛みはどの程度ですか？
① 全く痛みはない
② 少し痛みはあるが、全力投球に支障はない
③ 少し痛みがあり、全力投球に支障がある
④ かなり痛い、なんとか全力投球可能
⑤ かなり痛い、我慢して投球している。全力投球はできない
⑥ 非常に痛くて、ほとんど投球できない
⑦ 非常に痛くて、プレーできない
- 肘の痛みはスポーツ能力にどの程度影響していますか？
① 全く痛みがないので能力は低下してない
② 痛みがない時と比べて能力低下なし
③ 痛みがない時と比べて能力低下が少しある
④ 痛みがない時と比べて能力低下がかなりある
⑤ 痛みがない時と比べて、ものすごく能力が低下した
⑥ 競技継続不可能となった

《現在のスポーツ活動について》

該当する状態に○をつけてください。

- スポーツにおいていつもの活動ができましたか？
①全く問題なし ②少し制限 ③中等度制限 ④かなり制限 ⑤できなかった
【 _____ 】
- 腕、肩、手の痛みで活動がどの程度制限されましたか？
①全く問題なし ②少し制限 ③中等度制限 ④かなり制限 ⑤できなかった
【 _____ 】
- 自分の思うように活動ができましたか？
①全く問題なし ②少し制限 ③中等度制限 ④かなり制限 ⑤できなかった
【 _____ 】
- いつもと同じ時間でできましたか？
①全く問題なし ②少し制限 ③中等度制限 ④かなり制限 ⑤できなかった
【 _____ 】

アンケートは以上です。当アンケートで知り得た個人情報は検診以外の目的で使用いたしません。ご協力ありがとうございました