

野球検診選手用アンケート

検診日 (     /     )

氏名(漢字) : \_\_\_\_\_ 氏名(ひらがな) : \_\_\_\_\_ 性別 : 男 ・ 女

学校名またはチーム名 : \_\_\_\_\_

学年 : 小 ・ 中 ・ 高 (いずれかに○) \_\_\_\_\_ 年生 (     歳)

身長 : \_\_\_\_\_ cm 体重 : \_\_\_\_\_ kg

質問 1. いつから野球を始めましたか? 学年 : 小 ・ 中 ・ 高 (いずれかに○) \_\_\_\_\_ 年生 (     歳)

質問 2. 硬式、軟式をやっていた年齢を教えてください。軟式 \_\_\_\_\_ 歳 ~ \_\_\_\_\_ 歳、硬式 \_\_\_\_\_ 歳 ~ \_\_\_\_\_ 歳

質問 3. 現在のポジションを1つずつ教えてください。メイン : \_\_\_\_\_ サブ : \_\_\_\_\_

質問 4. 自主トレを含めた野球の練習時間はどのくらいですか?(休みの場合は0時間)

1週間のうち \_\_\_\_\_ 日 平日 : 1日あたり平均 \_\_\_\_\_ 時間 休日 : 1日あたり平均 \_\_\_\_\_ 時間

質問 5. 投手のみ回答してください

1週間に何回投球練習を行いますか?(試合を含めて) : \_\_\_\_\_ 日

1回あたり平均投球数はどのくらいですか? : \_\_\_\_\_ 球

質問 6. 現在、投球時に痛いところがありますか?(番号に○をして下さい)

0.なし 1.肩(かた) 2.肘(ひじ) 3.手 4.腰(こし) 5.股関節(こかんせつ) 6.膝(ひざ) 7.足 8.かかと

質問 7. 過去に痛くなったところがありますか?(番号に○をして下さい)

0.なし 1.肩(かた) 2.肘(ひじ) 3.手 4.腰(こし) 5.股関節(こかんせつ) 6.膝(ひざ) 7.足 8.かかと

質問 8. 過去1年間に 2週間以上練習を休むような肩(かた) の痛みが何回ありましたか? \_\_\_\_\_ 回

質問 9. 過去1年間に 2週間以上練習を休むような肘(ひじ) の痛みが何回ありましたか? \_\_\_\_\_ 回

質問 10. 肩や肘の痛みがあるときどうしますか?(番号に○をして下さい)

1.我慢して練習する 2.練習を休む 3.接骨院(整骨院)に行く 4.病院に行く 5.その他(     )

質問 11. 自分は身体(筋肉や関節)が硬いと思いますか?(自分の意見を記載してください)

1.非常に硬い 2.やや硬い 3.ふつう 4.やや柔らかい 5.非常に柔らかい

質問 12. 自分は日常生活で姿勢がいいと感じますか?(自分の意見を記載してください)

1.非常に悪い 2.やや悪い 3.ふつう 4.やや良い 5.非常に良い

質問 13-1. 投球時に投げる側の腕から手にかけてしびれを感じるがありますか?

0.ない 1.ある (どちらかに○をして下さい)

質問 13-2.

質問 11-1で『1. ある』と答えた人は右図のどこに感じますか?

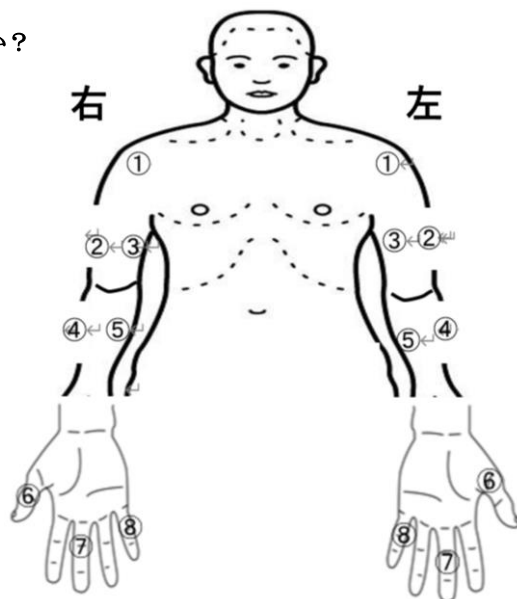
右図の当てはまる番号すべてに○をつけてください。

質問 14. 今までに野球肘の検診に参加したことはありますか?

0.ない 1.ある (どちらかに○をして下さい)

質問 15. 高校野球連盟が作成した、野球手帳をもっていますか?

0.もっていない 1.もっている (どちらかに○をして下さい)



以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました。