

野球チーム 指導者(監督)の皆様へ

今後のより良い検診事業のために、指導者の皆様にアンケートをお願いする次第です。個々のアンケート結果（個人情報）が、漏洩することはありません。何卒ご協力をお願い申し上げます。

1. 指導者のご年齢 _____ 歳 チーム名（学校名）
チーム選手人数合計 _____ 名（高校3年生 _____ 名、2年生 _____ 名、1年生 _____ 名）
（中学3年生 _____ 名、2年生 _____ 名、1年生 _____ 名）
（小学6年生 _____ 名、5年生 _____ 名、4年生 _____ 名、
小学3年生 _____ 名、2年生 _____ 名、1年生 _____ 名）
2. シーズン中の練習日（✓をつけてください）
□月、□火、□水、□木、□金、□土、□日
3. ご自身の野球経験について教えてください。（小中学校、 高校野球、 大学以上）
4. 指導経験について教えてください。 _____ 年
5. これまで重症の野球肘（半年以上の野球禁止または手術）のお子さんをチームでご経験されたことがありますか？（ある 、 なし）
6. 試合での投手の投球制限は必要と思いますか？ （必要 、 不要）
*不要と記入された方はその理由をお書き下さい。
(_____)
7. 投手の練習での1週間の最大投球数はどのくらいが適切だと思いますか？ (_____ 球)
8. 練習時間は一日どのくらいが適切だと思いますか？
平日：(_____) 時間 土・日・祝日：(_____) 時間
9. 選手が肩や肘に痛みや違和感を訴えた場合はどのように対応しますか？
(投球を休ませる、痛みが無い範囲で投球させる、痛みがあっても投げさせる、
医療機関を受診させる その他： _____)
10. 野球界と医療界のお子さんの野球での障害予防に関してご要望やご意見がありましたらお書きください。
(_____)
11. 野球検診は、必要だと思いますか。また、必要な場合は、年に何回必要と考えますか？
(必要である、どちらとも言えない、必要ない) _____ 年に _____ 回必要と考える。

ご協力ありがとうございました。 NPO 法人 野球医療サポート栃木 (MSBP 栃木)

<http://www.msbp-tochigi.com>