

カルテ No. _____

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

スポーツ傷害用基礎問診票

氏名 _____

1, 現在、主として行っているスポーツに☑して下さい。

複数選択される場合には、主として行っているスポーツ 1つを○で囲って下さい。

- | | | | |
|--|---|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01 野球 | <input type="checkbox"/> 02 サッカー | <input type="checkbox"/> 03 バasketボール | <input type="checkbox"/> 04 バレーボール |
| <input type="checkbox"/> 05 テニス | <input type="checkbox"/> 06 バドミントン | <input type="checkbox"/> 07 ソフトボール | <input type="checkbox"/> 08 柔道 |
| <input type="checkbox"/> 09 ラグビー | <input type="checkbox"/> 10 体操競技 | <input type="checkbox"/> 11 ゴルフ | <input type="checkbox"/> 12 スキー |
| <input type="checkbox"/> 13 スノーボード | <input type="checkbox"/> 14 ジョギング | <input type="checkbox"/> 15 剣道 | <input type="checkbox"/> 16 卓球 |
| <input type="checkbox"/> 17 新体操 | <input type="checkbox"/> 18 水泳 | <input type="checkbox"/> 19 空手 | <input type="checkbox"/> 20 サーフィン |
| <input type="checkbox"/> 21 ハンドボール | <input type="checkbox"/> 22 アメフト | <input type="checkbox"/> 23 ボクシング | <input type="checkbox"/> 24 ダンス |
| <input type="checkbox"/> 25 陸上 (_____) | <input type="checkbox"/> 26 その他 (_____) | | |

~~※主として行っているスポーツ (○で囲んだスポーツ) に関して、以下の問いにお答え下さい~~

2, ポジションはありますか? (例; ピッチャー)

はい (ポジション名: _____) いいえ

3, 在籍している学校名またはクラブ名をお知らせ下さい。

学校名またはクラブ名 _____ / 学生の場合 _____ 年生

特になし

4, あなたのスポーツ活動レベルをお知らせ下さい。

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> プロ | <input type="checkbox"/> セミプロ (実業団など) |
| <input type="checkbox"/> アマチュア | |
| (<input type="checkbox"/> 社会人 <input type="checkbox"/> 大学生 <input type="checkbox"/> 高校生 <input type="checkbox"/> 中学生 <input type="checkbox"/> 小学生以下) | |
| <input type="checkbox"/> 趣味・余暇活動レベル | |

5, 過去5年間における**最も大きな**参加大会レベルをお知らせ下さい。国際大会 全国大会 県大会 地区・市民大会 特になし6, 過去5年間における**最高成績**をお知らせ下さい。(例; チーム: 県大会 4位 個人: 地区大会 MVP)

チーム: _____ 個人: _____

特になし

7, おおよその練習回数は週何日ですか?

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1~2回 | <input type="checkbox"/> 2~3回 | <input type="checkbox"/> 3~4回 | <input type="checkbox"/> 4~5回 |
| <input type="checkbox"/> 5~6回 | <input type="checkbox"/> 6~7回 | <input type="checkbox"/> 1回未満 (月2回など) | <input type="checkbox"/> 試合のみ |

8, 一日の練習時間はおおよそどのくらいですか?

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1時間以内 | <input type="checkbox"/> 1~2時間 | <input type="checkbox"/> 2~3時間 | <input type="checkbox"/> 3~4時間 | <input type="checkbox"/> 4時間以上 |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|