

平成26年度ジュニアエリートアカデミー(ビッグマン&シューター)

トライアウト応募用紙 [1枚目]

フリガナ		学年 (2013年度)	小学・中学	年
氏名		生年月日 (YYYY/MM/DD)	年	月

身長	cm	体重	kg	国籍	
指極	cm	指高	cm	足のサイズ	cm

住所	〒			
TEL		FAX		E-mail (携帯アドレス不可)

所属チーム	
TeamJBA メンバーID (9桁) <small>(JBAの登録をしている場合のみ)</small>	
指導者の方の連絡先	氏名: TEL:
学校名	

学校で測定したスポーツテストの結果 (測定した項目だけで構いません)					
握力(右)	kg	握力(左)	kg	上体起こし	回
長座体前屈	cm	反復横とび	回	立ち幅とび	cm
1000m持久走	分 秒	20mシャトルラン	回	50m走	秒
ソフトボール投げ	m	ハンドボール投げ	m		

小学校1年生から現在までの身長						両親の身長(必須)	
小1	cm	小2	cm	小3	cm	父	cm
小4	cm	小5	cm	小6	cm	母	cm
中1	cm	中2	cm	中3	cm		

スポーツ歴
●バスケットボール歴(始めた年齢、どういう活動をしてきたか、など)
●その他 バスケットボール以外の競技歴について
●家族(両親・兄弟・姉妹)のスポーツ歴 (特記事項があれば)

※本応募用紙は公益財団法人日本バスケットボール協会にて責任を持って管理いたします。

平成26年度ジュニアエリートアカデミー(ビッグマン&シューター)
トライアウト応募用紙 [2枚目]

氏名		学年 (2013年度)	小学・中学	年
----	--	----------------	-------	---

応募理由

学校での生活信条・得意科目・得意スポーツなど

自己PR

シューター応募者記入欄
●公式戦における1試合最高得点(大会名、年月日、対戦相手)
●公式戦における1試合20点以上の試合数およびその大会(主要なもの)

JBA使用欄

※本応募用紙は公益財団法人日本バスケットボール協会にて責任を持って管理いたします。

平成26年度ジュニアエリートアカデミー（ビッグマン&シューター）

参加同意書

公益財団法人日本バスケットボール協会 宛

ふりがな
参加者氏名 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日（小／中 _____ 年生）

TeamJBAメンバーID _____

上記の者の派遣を認めます。

平成26年 _____ 月 _____ 日

_____ 立 _____ 学校

学校長 _____ 印

（小学生は不要）

学校住所 〒 _____

電話番号 _____ (_____)

F A X _____ (_____)

上記の者の派遣に保護者として同意します。また、本事業の報道発表並びにホームページにおける個人情報の掲載についても同意します。

平成26年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ 印

保護者住所 〒 _____

電話番号 _____ (_____)

JBA問診票(ジュニアエリートアカデミー用)

No.1

フリガナ		学校名	
氏名		生年月日	年 月 日 (歳)

薬アレルギー	無 / 有	薬品名 ()
食物アレルギー	無 / 有	食物名 ()
常用薬品(市販薬含む)	無 / 有	薬品名 () TUE 要 / 不要
サプリメント	無 / 有	商品名 ()

利き手	右 / 左	踏切足	右 / 左
裸眼視力	右 () 左 ()	矯正視力	右 () 左 ()
メガネ	有 / 無	コンタクト	有 / 無

緊急連絡先	保護者	氏名	連絡先	
	部長(顧問)	氏名	連絡先	
かかりつけ医	整形外科	氏名	所属連絡先	
	小児科(内科)	氏名	所属連絡先	

家族歴・家族の中で下記の病気にかかった人はいますか？

糖尿病	無 / 有	(誰:)	
マルファン症候群	無 / 有	(誰:)	
不整脈	無 / 有	(誰:)	疾患名 ()
心臓病	無 / 有	(誰:)	疾患名 ()
大動脈疾患	無 / 有	(誰:)	疾患名 ()
突然死	無 / 有	(誰:)	疾患名 ()
脳血管障害	無 / 有	(誰:)	疾患名 ()
肝炎・肝臓病	無 / 有	(誰:)	疾患名 ()
その他	無 / 有	(誰:)	疾患名 ()

この中に今までにかかった病気(内科疾患 既往歴)はありますか？

貧血 気管支喘息 めまい 痙攣(てんかん含む) 川崎病 マルファン症候群 眼科疾患 脂質異常症
心臓病 不整脈 高血圧 糖尿病 肝臓疾患 腎臓疾患 胃・十二指腸潰瘍 その他()

詳細 → 疾患名 [] 発症時期 [] 医療機関 []

治療内容 []

運動中、運動後に以下の症状を起こしたことがありますか？

失神・意識障害・呼吸困難・胸痛・脈の不整・動悸・めまい・痙攣

1年以内に下記の検査の中で実施したものはありますか？

心電図・心エコー・負荷心電図・血液検査・尿検査・その他()

→検査結果 ()

No.2

今までのケガ(外傷・障害 既往歴)をご記入ください。

受傷 年月日	外傷/障害名	治療内容
		手術(有・無)
		手術(有・無)
		手術(有・無)

2回以上ケガをしたことのある部位

足首(右・左)・すね(右・左)・ひざ(右・左)・もも(右・左)・指(右・左)・腰・()

現在、治療中のケガや病気はありますか？

整形外科	疾患名①()	発症日	年	月	日	練習可/不可
	疾患名②()	発症日	年	月	日	練習可/不可
内科	疾患名①()	発症日	年	月	日	練習可/不可
	疾患名②()	発症日	年	月	日	練習可/不可
その他	疾患名①()	発症日	年	月	日	練習可/不可
	疾患名②()	発症日	年	月	日	練習可/不可

上記疾患の治療方法をご記入ください。

整形外科	①
	②
内科	①
	②
その他	①
	②

【バスケットボール選手身体チェック項目】

指極間距離(両腕を横に広げたときの、左右の指先の間の長さ。壁にメジャーを貼ると測りやすい。;図1)

サムサイン(親指を中にして握った時、小指の端から親指が出る。;図2) cm
 はい・いいえ

リストサイン(左手首を右手で握った時、右手の親指と小指が重なる。;図3) はい・いいえ

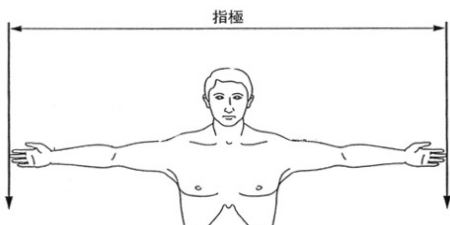


図1



図2



図3

本票へ全ての項目をご記入頂き、誤りがないことをご確認の上、ご署名をお願い致します。

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人署名

保護者署名

印

以上で問診は終了です。ありがとうございます。