

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

cm

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) 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

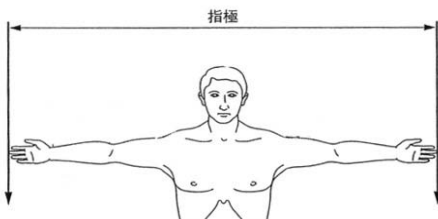


図1



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。