

野球肘ドック問診票

フリガナ お 名 前		性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
生 年 月 日	西暦 年 月 日	年 齢	歳
学校・チーム名			
ご 住 所	〒 -		
	※ 後日、ドック結果を郵送致しますので、ご住所をお教え下さい。		
お 電 話 番 号	- -		

- 以下の質問についてお答えください。

身長 ・ 体重	cm	kg
野 球 経 験 年 数	年	か げ つ 月
ポ ジ シ ョ ン	多い順に3つ：1. _____ 2. _____ 3. _____	
投 / 打	右投げ <input type="checkbox"/> 左投げ <input type="checkbox"/> /	右打ち <input type="checkbox"/> 左打ち <input type="checkbox"/>
使 用 球	軟式 <input type="checkbox"/> 硬式 <input type="checkbox"/>	ソフトボール <input type="checkbox"/>
過去の投球障害	なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 【ありと答えた方のみ：時期 _____ 部位 肘 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 】	
練 習 頻 度	1週間に _____ 回【平均練習時間：平日 _____ 時間、土日祝 _____ 時間】	
野球肘ドックを 何で知りましたか？	HP <input type="checkbox"/> 新聞広告 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> ダイレクトメール <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】	

- アンケートは全て記入していただき、野球肘ドック受診日に持参して下さい。

【アンケートに関するお問い合わせ】

医療法人社団 明芳会 高島平中央総合病院

リハビリテーション科 責任者：齋藤(涼) / 町田 ☎ 03-6906-7633(リハ室)

野球肘ドックを受診される方へ

注意事項兼同意書

必ずお読みいただき、本紙下部の署名欄に記入をお願い致します

野球肘ドックとは

当ドックの目的は、成長期に投球が原因となって起こる野球肘を早期に発見し、正しい対処をすることで、野球肘によって野球を断念する子供達を減らすことにあります。痛みのない肘の超音波検査(エコー検査)、レントゲン検査を行うことで、野球肘の早期発見・予防をすることができます。

注意事項

当ドックは、肘に関して痛み等の症状が発生していない方を対象としています。症状のある方は保険診療での整形外科受診をお勧めしております。

免責事項

当ドックは受診後の投球障害を100%防止するものではありません。受診後に発生した怪我等につきましては当方では一切責任を負いかねますので、予めご了承くださいますようお願い申し上げます。

上記内容を理解した上で、野球肘ドック受診を希望します。

年 月 日 受診者氏名(署名):

保護者氏名 :

ご不明な点がございましたら、お電話にてお問い合わせください

高島平中央総合病院

TEL:03-3936-7451(代表) 担当:野球肘ドック担当係