

野球をしている方はご記入をお願いします

* 当てはまるものにチェックをして下さい。分からないところはそのまま結構です。

Q1. 現在 (小・中・高・大) _____ 年生 / (プロ・社会人・愛好家)

・年齢 _____ 歳

・所属(学校名・チーム名) _____ ・ (硬式/軟式) 野球 / ・ソフトボール

Q2. ポジション ・ 投手 捕手 内野手() 外野手()

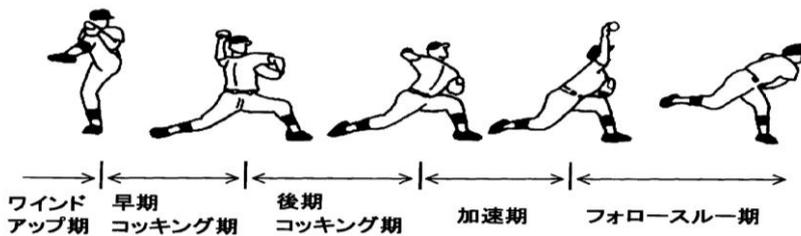
・ 右投げ 左投げ ・ 右打ち 左打ち

Q3. 痛みに関して

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 痛みはない | <input type="checkbox"/> 日常生活では問題ない | <input type="checkbox"/> 日常生活でも痛みがある |
| <input type="checkbox"/> ボールを投げると痛みがある | <input type="checkbox"/> 全力で投げると痛い | <input type="checkbox"/> 投球時痛みはなく、投球後痛くなる |
| <input type="checkbox"/> 投げ始めに痛い | <input type="checkbox"/> 肩に引っかかる感じがある | <input type="checkbox"/> 指がしびれる |
| <input type="checkbox"/> 肩が抜ける感じがある | | |
| <input type="checkbox"/> その他(| | |

Q4. 痛みは投球のどの動作でありますか？

- ウインドアップ期 コッキング期 加速期 リリース フォロースルー期



Q5. 現在の投球レベルは？

- | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛み無く投球できる | <input type="checkbox"/> ノースロー | <input type="checkbox"/> 軽いキャッチボールのみ | <input type="checkbox"/> 痛みで投球できない |
| <input type="checkbox"/> 痛みはあるが(ピッチング / 遠投 / 全力投球) 可能 | * 全力の () 割り程度 | | |

< その他ご意見・ご質問等ありましたら記入してください >

ご協力ありがとうございました。

医療法人MSMC みどりクリニック 院長 瀬戸口芳正

署名 _____