

**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

痛みはない

日常生活では問題ない

日常生活でも痛みがある

ボールを投げると痛みがある

全力で投げると痛い

投球時痛みはなく、投球後痛くなる

投げ始めに痛い

肩に引っかかる感じがある

指がしびれる

肩が抜ける感じがある

その他( )

Q4. 痛みは投球のどの動作でありますか？

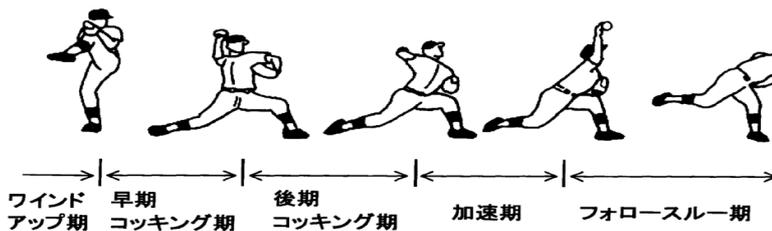
ワインドアップ期

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？

痛み無く投球できる

ノースロー

軽いキャッチボールのみ

痛みで投球できない

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 \_\_\_\_\_