



## 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)

\_\_\_\_\_ 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

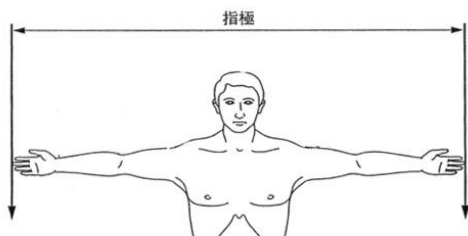


図1



図2



図3

全ての項目をご記入頂き、誤りがないことをご確認の上、ご署名をお願いいたします。

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人署名 \_\_\_\_\_

保護者署名 \_\_\_\_\_

印

※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。