

# JBAジュニアエリートアカデミー(ビッグマン) 初回問診票

No.1

日付 年 月 日

## (1) 基本情報

フリガナ				学校名			
氏名							
生年月日	年	月	日 ( 歳)	ポジション	G ・ F ・ C		
利き手	右 / 左			血液型	型	Rh + / -	
裸眼視力	右 ( )	左 ( )	矯正視力	右 ( )	左 ( )		
メガネ	有 / 無			コンタクト	有 / 無		

身長/体重	cm / kg			父親	cm / 母親			cm				
小学校6年間の身長	1年	cm	2年	cm	3年	cm	4年	cm	5年	cm	6年	cm
小学校6年間の体重	1年	kg	2年	kg	3年	kg	4年	kg	5年	kg	6年	kg

バスケットボール開始年齢	歳	
その他のスポーツ歴		

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。

\_\_\_\_\_ 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。;      はい ・ いいえ

図1

図2

図3

緊急連絡先			
家族	氏名	連絡先	
学校	氏名	連絡先	
トレーナー	氏名	連絡先	
かかりつけ医	整形外科	氏名	連絡先
	小児科/内科	氏名	連絡先

(2) 疾病情報

下記の病気をしたことがありますか？ ある場合は○をつけてください。

気管支喘息 ・ 貧血 ・ てんかん ・ 腎臓病 ・ 心臓病 ・ 不整脈 ・ マルファン症候群

巨人症(末端肥大症) ・ 川崎病 ・ リウマチ熱

その他に入院・通院治療を要した病気をしたことがあればご記入ください。

( )

運動中、運動後に以下の症状を起こしたことがありますか？ 当てはまるものに○をつけてください。

失神 ・ 意識障害 ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ 脈の不整 ・ 動悸 ・ めまい ・ ケイレン

1年以内に下記の検査の中で実施したものに○を付けてください。

心電図 ・ 心エコー ・ 負荷心電図 ・ 血液検査 ・ 尿検査 ・ その他( )

↳ ○を付けた中で問題があった場合、検査名と診断結果をご記入ください。

( ; )

( ; )

家族や親せきに若くして病気で亡くなった方や突然死した方はいますか？

はい ・ いいえ

↳ 「はい」と答えた方は、わかる範囲内で詳細をお書きください。

家族歴・家族の中で下記の病気にかかった人はいますか？

高血圧	有 ・ 無	有りのとき(誰:	)	
糖尿病	有 ・ 無	有りのとき(誰:	)	
マルファン症候群	有 ・ 無	有りのとき(誰:	)	
心臓病	有 ・ 無	有りのとき(誰:	)	疾患名
脳血管障害	有 ・ 無	有りのとき(誰:	)	疾患名
肝炎・肝臓病	有 ・ 無	有りのとき(誰:	)	疾患名
眼科疾患	有 ・ 無	有りのとき(誰:	)	疾患名
その他	有 ・ 無	有りのとき(誰:	)	疾患名

薬アレルギー	有 / 無	有	薬品名 ( )
食物アレルギー	有 / 無	有	食物名 ( )
常用薬品	有 / 無	有	薬品名 ( )
サプリメント	有 / 無	有	商品名 ( )

## (3) 傷害情報

外傷・障害の既往歴をご記入ください。			
受傷 年月日	外傷／障害名	医療機関／医師名	手術の有無
/ /			無・有( / / )
/ /			無・有( / / )
/ /			無・有( / / )
/ /			無・有( / / )
/ /			無・有( / / )
/ /			無・有( / / )
/ /			無・有( / / )
/ /			無・有( / / )

現在抱えている傷害、その他困っていることや相談したいことがあれば、いつ頃からどのような状態かご記入ください。

以上で、問診は終了です。

本票への記載に誤りがないことをご確認の上、保護者の方のご署名、ご捺印をお願い致します。

保護者署名 \_\_\_\_\_ 印