

メディカルチェックシート

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 性別 _____ 男 ・ 女 _____

身長・体重 _____ cm _____ kg 競技種目: _____

ポジション: _____ 練習時間・回数: _____ 時間／日 ・ _____ 日／週 _____

(1) 既往歴

*今までに経験したケガを記入（捻挫・腰痛・骨折・靱帯損傷などの整形外科疾患、喘息やアレルギーなどの内科的疾患も含めて記入してください）

時 期	内 容

(2) 現病歴

*現在ケガをしている部位を記入（捻挫・腰痛・骨折・靱帯損傷などの整形外科疾患、喘息やアレルギーなどの内科的疾患も含めて記入してください）

部 位	時 期	症 状	備 考

(3) Static alignment

膝 : (O 脚 ・ 普通 ・ X 脚) _____ 横指

足 : (扁平足 ・ 普通 ・ ハイアーチ)

leg heel alignment : 回内足 ・ 回外足

(4) Dynamic alignment

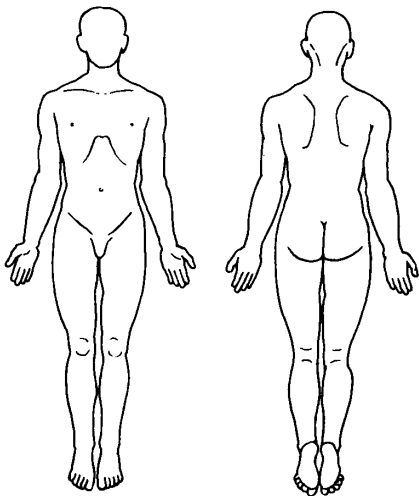
- ・ 振り向きテスト（痛み、アーチの状態、etc） :
- ・ スクワッティングテスト :

※ 備考

(5) タイトネス

	検査年月日	要注意					
①	FFD (指床間距離) (cm)	(-)					
②	腸腰筋 (±) R (膝上がり) L	(+)					
③	ハムストリングス(°) R (SLR or tightness test) L	70° ↓					
④	大腿四頭筋 (±) R (踵殿間距離) L	(+)					
⑤	下腿三頭筋 (°) R (足関節) L	10° ↓					

(6) 圧痛

	検査年月日								
	肩								
	肘								
	腰								
	膝蓋骨								
	脛骨粗面								
	脛骨内側								
	アキレス腱								
	足関節								
	足部								

※ L/R ※ 腰部は屈曲・伸展時痛も含む

(7) 関節弛緩性

- wrist : (+ , -)
- knee : (+ , -)
- spine : (+ , -)
- elbow : (+ , -)
- shoulder : (+ , -)
- ankle : (+ , -)
- hip : (+ , -)

(8) 関節不安定性

- 肩関節 :
- 膝関節 :
- 足関節 :

<食事内容チェック>

名前：_____ 性別：_____ 年齢：_____ 競技：_____

①食生活は次のどれに当てはまりますか？

(1. 肉食中心 2. 野菜中心 3. 魚が中心 4. バランスよく食べている)

②食物の好き嫌いは多いですか？

(1. かなり多い 2. 多い 3. ふつう 4. 少ない 5. ほとんどない)

②で1・2と答えた人は実際の内容（好きなもの・嫌いなもの）を記載してください。

③栄養補助食品（プロテイン・ビタミン剤・鉄剤など）など摂取しているものを記載してください。

・その種類は？

・1日に何回摂取していますか？

・1週間に何日くらい摂取しますか？

④摂取する時間帯は、次のどれに当てはまりますか？

1. 食前 2. 食中 3. 食後 4. 運動前
5. 運動中 6. 運動後 7. 就寝前

⑤睡眠時間は1日平均何時間くらいですか？（およその就寝時間と起床時間も記載してください）

睡眠時間：約 _____ 時間

就寝時間： _____ 時 _____ 分頃

起床時間： _____ 時 _____ 分頃