

アンケート

* 必須の質問です

1. 大会を選択してください *

1つだけマークしてください。

- マクドナルド・トーナメント
- 全日本中学女子
- NPBガールトーナメント

2. 代表都道府県または出場枠を選択してください *

▼ Dropdc

1つだけマークしてください。

- 前年度優勝
- 開催地
- NPB推薦
- 北海道
- 青森
- 岩手
- 宮城
- 秋田
- 山形
- 福島
- 茨城
- 栃木
- 群馬
- 埼玉
- 千葉
- 東京
- 神奈川
- 山梨
- 新潟
- 長野

- 富山
- 石川
- 福井
- 静岡
- 愛知
- 三重
- 岐阜
- 滋賀
- 京都
- 大阪
- 兵庫
- 奈良
- 和歌山
- 鳥取
- 島根
- 岡山
- 広島
- 山口
- 香川
- 徳島
- 愛媛
- 高知
- 福岡
- 佐賀
- 長崎
- 熊本
- 大分
- 宮崎
- 鹿児島
- 沖縄

3. チーム名を入力してください *

4. 記入日を入力してください *

例: 2019 年 1 月 7 日

5. 氏名を入力してください *

6. ふりがなを入力してください *

7. 年齢を選択してください *

1 つだけマークしてください。

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

8. 学年を選択してください *

1つだけマークしてください。

- 小学1年
- 小学2年
- 小学3年
- 小学4年
- 小学5年
- 小学6年
- 中学1年
- 中学2年
- 中学3年

9. 生年月日を入力してください *

例: 2019 年 1 月 7 日

10. 身長を入力してください (単位はcm) *

11. 体重を入力してください (単位はkg) *

12. アレルギーはありますか? *

1つだけマークしてください。

- いいえ 質問13 にスキップします
- はい 質問25 にスキップします

13。 現在・過去の病気や配慮が必要な体質などがあれば入力してください

14。 利き腕はどちらですか？ *

1 つだけマークしてください。

右

左

両方

15。 投球側はどちらですか？ *

1 つだけマークしてください。

右

左

両方

16。 野球を始めたのは何歳の時ですか？ *

⊙ Dropdc

1 つだけマークしてください。

4 歳

5 歳

6 歳

7 歳

8 歳

9 歳

10 歳

11 歳

12 歳

13 歳

14 歳

15 歳

17. 現在の主なポジションを1つ選んでください *

1つだけマークしてください。

- 投手
- 捕手
- 内野手
- 外野手

18. 今まで経験したポジションを全て選んでください *

当てはまるものをすべて選択してください。

- 投手
- 捕手
- 内野手
- 外野手

19. 現在痛いところがありますか？ *

1つだけマークしてください。

- ない *質問20 にスキップします*
- ある *質問26 にスキップします*

アンケート

20. 過去にひじに痛みを感じたことはありますか？ *

1つだけマークしてください。

- ない *質問21 にスキップします*
- ある *質問28 にスキップします*

アンケート

21。 過去に肩に痛みを感じたことはありますか？ *

1 つだけマークしてください。

- ない 質問22 にスキップします
 ある 質問30 にスキップします

アンケート

22。 過去に腰に痛みを感じたことがありますか？ *

1 つだけマークしてください。

- ない 質問23 にスキップします
 ある 質問31 にスキップします

アンケート

23。 過去にひざに痛みを感じたことがありますか？ *

1 つだけマークしてください。

- ない 質問24 にスキップします
 ある 質問32 にスキップします

アンケート

24。 その他の部位で、痛みやコンディションなど、気になるところがあれば記入してください

アレルギーが「ある」と回答した方へ

25. アレルギーを教えてください（複数記載可） *

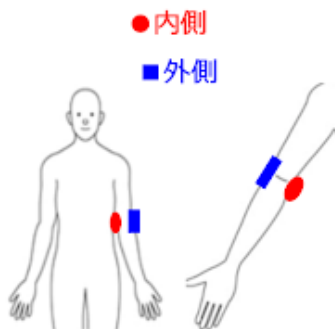
質問13 にスキップします

痛いところが「ある」と回答した方へ

ここでいう「痛み」とは、体を思いどおりに動かそうとした時に抵抗がある程度の痛みを言います

26. どこが痛くなりますか？当てはまるものすべてを選んでください *

※ひじのどちらが内側・外側かは
図を参考にしてください



当てはまるものをすべて選択してください。

右ひじの内側

右ひじの外側

左ひじの内側

左ひじの外側

右肩

左肩

腰

右ひざ

左ひざ

その他: _____

27。 痛みの症状と病院を受診している場合は、その診断名をわかる範囲で記入してください *

当てはまるものをすべて選択してください。

- 肘の骨端線障害
- 肘の離断性骨軟骨炎
- 肘の側副靭帯損傷
- 肘の疲労骨折
- 肘の遊離体
- 肘の骨棘
- 肘の尺骨神経障害
- 肘の診断名はわからない
- 肩の骨端線障害
- 肩の脱臼
- 肩の腱板断裂
- 肩の関節唇損傷
- 肩のインピンジメント症候群
- 肩の診断名はわからない
- 膝のオスグッド病
- 膝の前十字靭帯損傷
- 膝の内側側副靭帯損傷
- 膝の半月板損傷
- 膝の診断名はわからない
- 腰椎椎間板ヘルニア
- 腰椎分離症
- 腰の診断名はわからない
- その他: _____

質問 20 にスキップします

過去にひじに痛みが「ある」と回答した方へ

29。 ひじの痛みがあった時期とその診断名を回答してください（横スクロールできます）

当てはまるものをすべて選択してください。

	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13
骨端線障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
離断性骨軟骨炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
側副靭帯損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疲労骨折	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
遊離体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
骨棘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
尺骨神経	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
わからない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

質問21 にスキップします

過去に肩に痛みが「ある」と回答した方へ

30. 肩の痛みがあった時期とその診断名を回答してください（横スクロールできます）

当てはまるものをすべて選択してください。

	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13
骨端線障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
脱臼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腱板断裂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
関節唇損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
インピンメント症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
わからない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

質問22 にスキップします

過去に腰に痛みが「ある」と回答した方へ

31. 腰の痛みがあった時期とその診断名を回答してください（横スクロールできます）

当てはまるものをすべて選択してください。

	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13
腰椎椎間板ヘルニア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腰椎分離症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
わからない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

質問23 にスキップします

32. ひざの痛みがあった時期とその診断名を回答してください（横スクロールできます）

当てはまるものをすべて選択してください。

	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳
オスグッド病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
前十字靭帯損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
内側側副靭帯損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
半月板損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
わからない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。

Google フォーム

