

# 野球肘検診 検診票 2025年度

あてはまるところは、すべて○をしてください。

チーム名	フリガナ 氏名															
生年月日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	年生	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
野球歴	<input type="text"/>	年生	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月頃より											
ポジション(メイン)	<input type="checkbox"/> 投	<input type="checkbox"/> 捕	<input type="checkbox"/> 内	(		)	<input type="checkbox"/> 外									
ポジション(サブ)	<input type="checkbox"/> 投	<input type="checkbox"/> 捕	<input type="checkbox"/> 内	(		)	<input type="checkbox"/> 外									
痛み	現在	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	→	<input type="checkbox"/> 肘	<input type="checkbox"/> 肩	<input type="checkbox"/> 腰	<input type="checkbox"/> 膝	<input type="checkbox"/> 踵							
					<input type="checkbox"/> その他	(		)								
	以前	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	→	<input type="checkbox"/> 肘	<input type="checkbox"/> 肩	<input type="checkbox"/> 腰	<input type="checkbox"/> 膝	<input type="checkbox"/> 踵							
					<input type="checkbox"/> その他	(		)								
肘	●投球側	:	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	現在の痛み： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内・外・後)											
その他	●野球手帳の有無	<input type="checkbox"/> 1.持って来た	<input type="checkbox"/> 2.忘れた	<input type="checkbox"/> 3.なくした	<input type="checkbox"/> 4.もらってない											

## ●理学所見

☐内に番号記入

可動域	伸展制限：	<input type="checkbox"/> 1.なし	<input type="checkbox"/> 2.あり			
	痛み：	<input type="checkbox"/> 1.なし	<input type="checkbox"/> 2.あり			
	屈曲制限：	<input type="checkbox"/> 1.なし	<input type="checkbox"/> 2.あり			
	痛み：	<input type="checkbox"/> 1.なし	<input type="checkbox"/> 2.あり			
圧痛	内側上顆：	<input type="checkbox"/> 1.-	<input type="checkbox"/> 2.±	<input type="checkbox"/> 3.+		
	腕橈関節：	<input type="checkbox"/> 1.-	<input type="checkbox"/> 2.±	<input type="checkbox"/> 3.+		
	肘頭：	<input type="checkbox"/> 1.-	<input type="checkbox"/> 2.±	<input type="checkbox"/> 3.+		
外反ストレス30°	：	<input type="checkbox"/> 1.-	<input type="checkbox"/> 2.±	<input type="checkbox"/> 3.+		
	60°	：	<input type="checkbox"/> 1.-	<input type="checkbox"/> 2.±	<input type="checkbox"/> 3.+	
	90°	：	<input type="checkbox"/> 1.-	<input type="checkbox"/> 2.±	<input type="checkbox"/> 3.+	
前腕内側屈筋萎縮	：	<input type="checkbox"/> 1.-	<input type="checkbox"/> 2.±	<input type="checkbox"/> 3.+		
橈骨頭肥大	：	<input type="checkbox"/> 1.-	<input type="checkbox"/> 2.±	<input type="checkbox"/> 3.+		

腰痛（1年以内の痛み）：

チェックが付いたら腰痛検診へ






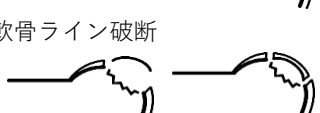
## ●エコー所見

☐内に番号記入

内側(痛みのある場合のみ)

内側上顆	：	<input type="checkbox"/> 1.なし	<input type="checkbox"/> 2.隆起	<input type="checkbox"/> 3.裂離	<input type="checkbox"/> 4.骨片
MCL肥厚	：	<input type="checkbox"/> 1.なし	<input type="checkbox"/> 2.あり		

外側

1	正常	
2	SP：軟骨下骨ラインが不整(Spot)	
3	SU：軟骨下骨ラインが不整(Surface)	
4	I：軟骨下骨ライン連続	
5	II：軟骨下骨ライン破断	
6	III：転位骨片あり または 軟骨ライン破断	

## ●二次検診受診歴(OCD)

<input type="checkbox"/> 1.あり(通院中・治療済み)	<input type="checkbox"/> 2.あり(異常なし)	<input type="checkbox"/> 3.なし
---	-------------------------------------	-------------------------------

## ▶二次検診

<input type="checkbox"/> 1.要	<input type="checkbox"/> 2.不要
------------------------------	-------------------------------