

検査票(平成24年度)

二次検診 (要・否) 精査部位 (肘・肩・腰・膝・踵・その他 _____)
 かかりつけ病院・担当医 (_____)

チーム名 _____ 氏名 _____
 生年月日 ____年 ____月 ____日 (____) 年生 野球歴 ____年生 ____月頃より

ポジション A 投、捕、内()、外、補欠 B 投、捕、内()、外、補欠
 痛み 現在 (あり・なし)(肘、肩、腰、膝、踵、____) 以前にあり(肘、肩、腰、膝、踵、____)

肘 二次検診 (要・否)

投球側(右、左) _____ 痛み:現在(あり、なし) _____

可動域
 伸展制限(なし、あり) 痛み (なし、あり) 圧痛
 屈曲制限(なし、あり) 痛み (なし、あり) 内側上顆(+、±、-) 腕橈関節(+、±、-)
 肘 頭(+、±、-)

外反ストレス
 30° (+、±、-) 60° (+、±、-) 90° (+、±、-)

前腕内側屈筋萎縮(+、±、-) 橈骨頭肥大(+、±、-)

エコー所見

上腕骨小頭

	右	左	内側上顆	
			□Type I 正常像	□Type II AOL附着部がやや不鮮明
0				
正常	□	□		
a				
S	□	□	□Type III AOL附着部が 凹凸不整で分離・分節あり	□Type IV AOL附着部が 突出した形態を呈する
軟骨下骨 表面の病変				
I				
海面骨障害				
II				
分離像				

その他 二次検診 (要・否) _____
 部位 _____ 二次検診 (要・否) (_____)
 部位 _____ 二次検診 (要・否) (_____)

(備考)