メディカルチェックシート

氏名　　生年月日　昭・平　　年　　月　　日（　　才）

身長・体重　　cm　　kg　　競技種目・ポジション

⑴既往歴

現在しているケガと過去にしたケガの内容をご記入してください。

時期	内容

⑵下肢アライメント

①足底　（Hi ・ 普通・ Low）　②膝（O脚・ 普通 ・X脚）　③Leg heel（回内足・回外足）

⑶タイトネス

検査日				
①股関節内旋・外旋				
②腸腰筋R、L				
⑶ハムストリングスR、L				
⑷大腿四頭筋R、L				
⑸ThROM				

⑷関節不安定性

①肩関節　（　　）

②膝関節　（　　）

③足関節　（　　）

④その他　（　　）

⑸動的ストレッチ

①股関節（　　）

②ハムスト（　　）

③大腿（　　）

④ThRo（開脚時）（　　）

⑹体幹

検査日				
①体幹バランス（姿勢）				
②カーフレイズ				
③足指トレーニング				
④ランジ				
⑤スクワット				
⑥コア（うつ伏せ）				
⑦コア（横向き）				