

個人調査票

ふりがな 氏名			ふりがな 保護者 氏名		
出身 中学校	() 市立 () 中学校	中学の 所属チーム	左記と同様・その他 ()		
生年月日 年令 血液型	【2009・2010】年 () 月 () 日 () 歳・() 型				
自宅住所	【 桐生 ・ みどり ・ 伊勢崎 ・ 太田 ・ 前橋 ・ () 】 市 () 町 _____				
電話番号	本人携帯 () - () - () 保護者携帯 () - () - () 自宅 () - () - ()				
身長 体重	() c m () k g	50m走	() 秒		
利き腕	投	打	希望守備位置 (複数可)	投手 ・ 捕手 ・ 内野手 ・ 外野手	
	左 ・ 右	左 ・ 右 ・ 両			
中学時の 守備位置	投手 ・ 捕手 ・ 内野【 ファースト ・ セカンド ・ サード ・ ショート 】 外野【 レフト ・ センター ・ ライト 】 ※ よく守っていた場所				
実績 (最高位)	関東 ・ 県 ・ 市 / () 位 ※ 分かる範囲で結構です	選抜チーム	ある ・ ない		
肩の強さ	強い ・ 比較的強い ・ やや弱い ・ 弱い	故障箇所 (過去 or 現在)	肩 ・ 肘 ・ 腰 ・ 足腰		

※ 裏面もあります。

○今まで経験したことのあるポジションとその期間を教えてください。

	投手 (年 か月)		遊撃手 (年 か月)
	捕手 (年 か月)		左翼手 (年 か月)
	一塁手 (年 か月)		中堅手 (年 か月)
	二塁手 (年 か月)		右翼手 (年 か月)
	三塁手 (年 か月)		

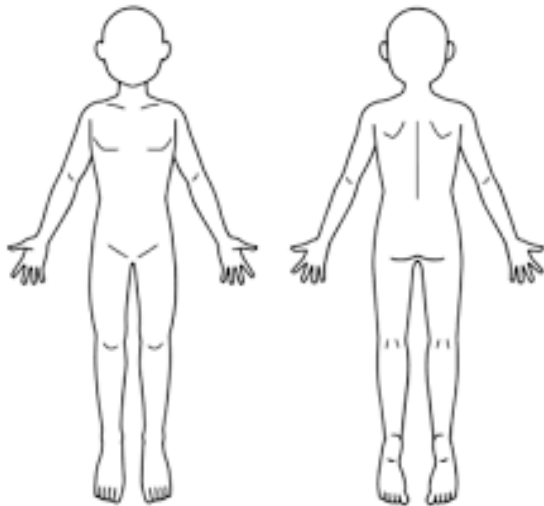
(最も自信のあるポジションには◎をつけてください)

○今までの怪我・故障について

過去に体の痛み・違和感があった部位を下図に○をつけてください

(また現在でも痛み・違和感がある場合には●にしてください)

裏面の表には、○/●のつけたところの詳細をご記入ください



受傷時期	原因(わかる範囲で)	怪我・障害の診断名	手術の有無	入院・通院期間	痛みの程度
例) 中2 5月	カーブの投げ過ぎ	右ひじ内側側副靭帯損傷	有・無	入院 週間/ヶ月 通院 2 週間/ヶ月	強・中・弱
月			有・無	入院 週間/ヶ月 通院 週間/ヶ月	強・中・弱
月			有・無	入院 週間/ヶ月 通院 週間/ヶ月	強・中・弱
月			有・無	入院 週間/ヶ月 通院 週間/ヶ月	強・中・弱
月			有・無	入院 週間/ヶ月 通院 週間/ヶ月	強・中・弱
月			有・無	入院 週間/ヶ月 通院 週間/ヶ月	強・中・弱

※診断名については、特に病院等では言われていなければ、特に記入する必要はありません

※痛みの程度に関して(強→運動困難、中→特定の動作のみ痛みが出て、なんとか動ける、弱→違和感がある)