

平成25年度ジュニアエリートアカデミー(ビッグマン&シューター)

トライアウト応募用紙 [1枚目]

トライアウト受験場所(番号に○)

1. 8月10日～11日 東京

2. 8月12日～13日 福岡

フリガナ	
氏名	

学年 (2013年度)	小学・中学	年
生年月日 (YYYY/MM/DD)	年	月 日

身長	cm
指極	cm

体重	kg
指高	cm

国籍	
足のサイズ	cm

住所	〒			
TEL		FAX		E-mail (携帯アドレス不可)

所属チーム	
TeamJBA メンバーID (9桁) (JBAの登録をしている場合のみ)	
指導者の方の連絡先	氏名: TEL:
学校名	

学校で測定したスポーツテストの結果 (測定した項目だけで構いません)

握力(右)	kg	握力(左)	kg	上体起こし	回
長座体前屈	cm	反復横とび	回	立ち幅とび	cm
1000m持久走	分 秒	20mシャトルラン	回	50m走	秒
ソフトボール投げ	m	ハンドボール投げ	m		

小学校1年生から現在までの身長

小1	cm	小2	cm	小3	cm	父	cm
小4	cm	小5	cm	小6	cm	母	cm
中1	cm	中2	cm	中3	cm		

スポーツ歴

●バスケットボール歴(始めた年齢、どういう活動をしてきたか、など)

●その他 バスケットボール以外の競技歴について

●家族(両親・兄弟・姉妹)のスポーツ歴 (特記事項があれば)

平成25年度ジュニアエリートアカデミー(ビッグマン&シューター)  
トライアウト応募用紙 [2枚目]

氏名	
----	--

学年 (2013年度)	小学・中学	年
----------------	-------	---

応募理由

--

学校での生活信条・得意科目・得意スポーツなど

--

自己PR

--

シューター応募者記入欄

●公式戦における1試合最高得点(大会名、年月日、対戦相手)
●公式戦における1試合20点以上の試合数およびその大会(主要なもの)

JBA使用欄

--

※本応募用紙は公益財団法人日本バスケットボール協会にて責任を持って管理いたします。

平成25年度ジュニアエリートアカデミー（ビッグマン&シューター）

# 参加同意書

公益財団法人日本バスケットボール協会 宛

ふりがな  
参加者氏名 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（小／中 \_\_\_\_\_ 年生）

TeamJBAメンバーID \_\_\_\_\_

上記の者の派遣を認めます。

平成25年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\_\_\_\_\_ 立 \_\_\_\_\_ 学校

学校長 \_\_\_\_\_ 印

（小学生は不要）

学校住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

F A X \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

上記の者の派遣に保護者として同意します。また、本事業の報道発表並びにホームページにおける個人情報の掲載についても同意します。

平成25年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

保護者住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

## JBA問診票(ジュニアエリートアカデミー用)

No.1

フリガナ		学校名	
氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)

薬アレルギー	無 / 有 薬品名 ( )		
食物アレルギー	無 / 有 食物名 ( )		
常用薬品(市販薬含む)	無 / 有 薬品名 ( ) TUE 要 / 不要		
サプリメント	無 / 有 商品名 ( )		
利き手	右 / 左	踏切足	右 / 左
裸眼視力	右 ( ) 左 ( )	矯正視力	右 ( ) 左 ( )
メガネ	有 / 無	コンタクト	有 / 無
緊急連絡先	保護者	氏名	連絡先
	部長(顧問)	氏名	連絡先
かかりつけ医	整形外科	氏名	所属連絡先
	小児科(内科)	氏名	所属連絡先

家族歴・家族の中で下記の病気にかかった人はいますか？

糖尿病	無 / 有	(誰: )			
マルファン症候群	無 / 有	(誰: )			
不整脈	無 / 有	(誰: )	疾患名 ( )		
心臓病	無 / 有	(誰: )	疾患名 ( )		
大動脈疾患	無 / 有	(誰: )	疾患名 ( )		
突然死	無 / 有	(誰: )	疾患名 ( )		
脳血管障害	無 / 有	(誰: )	疾患名 ( )		
肝炎・肝臓病	無 / 有	(誰: )	疾患名 ( )		
その他	無 / 有	(誰: )	疾患名 ( )		

この中に今までにかかった病気(内科疾患 既往歴)はありますか？

貧血 気管支喘息 めまい 痙攣(てんかん含む) 川崎病 マルファン症候群 眼科疾患 脂質異常症  
心臓病 不整脈 高血圧 糖尿病 肝臓疾患 腎臓疾患 胃・十二指腸潰瘍 その他 ( )

詳細 → 疾患名 [ ] 発症時期 [ ] 医療機関 [ ]  
治療内容 [ ]

運動中、運動後に以下の症状を起こしたことがありますか？

失神・意識障害・呼吸困難・胸痛・脈の不整・動悸・めまい・痙攣

1年以内に下記の検査の中で実施したものはありますか？

心電図・心エコー・負荷心電図・血液検査・尿検査・その他 ( )

→検査結果 ( )

## No.2

今までのケガ(外傷・障害 既往歴)をご記入ください。

受傷 年月日	外傷/障害名	治療内容
		手術(有・無)
		手術(有・無)
		手術(有・無)

2回以上ケガをしたことのある部位

足首(右・左)・すね(右・左)・ひざ(右・左)・もも(右・左)・指(右・左)・腰・( )

現在、治療中のケガや病気はありますか？

整形外科	疾患名①( )	発症日	年	月	日	練習	可 / 不可
	疾患名②( )	発症日	年	月	日	練習	可 / 不可
内科	疾患名①( )	発症日	年	月	日	練習	可 / 不可
	疾患名②( )	発症日	年	月	日	練習	可 / 不可
その他	疾患名①( )	発症日	年	月	日	練習	可 / 不可
	疾患名②( )	発症日	年	月	日	練習	可 / 不可

上記疾患の治療方法をご記入ください。

整形外科	①
	②
内科	①
	②
その他	①
	②

### 【バスケットボール選手身体チェック項目】

指極間距離(両腕を横に広げたときの、左右の指先の間の長さ。壁にメジャーを貼ると測りやすい。;図

cm

サムサイン(親指を中にして握った時、小指の端から親指が出る。;図2) はい・いいえ

リストサイン(左手首を右手で握った時、右手の親指と小指が重なる。;図3) はい・いいえ

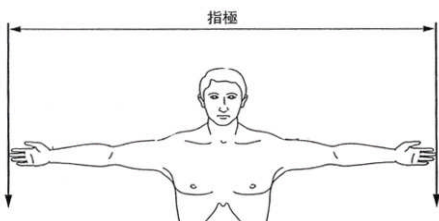


図1



図2



図3

本票へ全ての項目をご記入頂き、誤りがないことをご確認の上、ご署名をお願い致します。

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人署名

\_\_\_\_\_

保護者署名

\_\_\_\_\_

印

以上で問診は終了です。ありがとうございます。