

アンケート調査に関する説明書

公益財団法人 日本スケート連盟
医療法人社団 紺整会 船橋整形外科病院
担当医師 土屋明弘

【はじめに】

これは、フィギュアスケート選手に起こりやすい傷害への予防対策に役立てることを目的とした、傷害調査アンケートへのご協力のお願いです。説明書をお読みになった上で、参加するかどうか決めていただいても構いません。なお、本調査は（公財）日本スケート連盟と船橋整形外科病院が共同で実施しています。

【アンケートの方法】

この説明書をお読みになり、本調査にご協力頂ける場合は、本ページの同意書にご署名の上、大会初日に受付へお持ちください※。また、同ページ掲載の傷害調査アンケートを印刷・ご記入頂き、大会受付の回収箱に提出してください。事前に同意書およびアンケートにご記入頂けなかった場合には、大会初日に受付で用意された記入用紙にご記入の上、ご提出ください。

※未成年の選手の場合は、保護者の方が説明書をお読みの上、同意書にご署名ください。

【調査に参加しないこと、又は参加をとりやめること】

この調査に参加するかどうかはご自身の自由意志です。同意されない場合でも今後の競技上不利益を受けることは一切ありません。また、調査への参加を同意された後でも、いつでも同意を撤回することができます。このことにより、以後の競技に不利益な扱いを受けることはありません。

【プライバシーの保護および得られたデータの管理について】

この調査に際して得られた情報については、回答者様の秘密が守られます。この調査で得られたデータはきちんと記録され、フィギュアスケート選手の傷害予防策の確立のために役立たせていただきます。調査結果は医学雑誌や学会等に発表されることがありますが、回答者様のプライバシーは守られ、氏名や個人を識別する情報が外部に漏れることはありません。情報の管理は責任をもって行ないます。なお、個人情報管理者は上記記載の担当医師とします。

【アンケートに関する問合せ】

この説明書およびアンケートに関する質問や疑問は、上記記載の担当医師がお答えいたします。

同意書

選手・保護者用

公益財団法人 日本スケート連盟
医療法人社団 紺整会 船橋整形外科病院
医師 土屋明弘

このたび、私は責任者より以下の項目について説明を受け了承しましたので、その実施に同意いたします。

- 本調査の目的と内容（方法）
- プライバシーを含む人権の保護
- 調査参加に同意しない場合であっても不利益を受けないこと
- 調査参加に同意した場合でも随時これを撤回できること
- その他参加選手の人権の保護に関し必要な事項

平成 年 月 日

選手氏名 _____

代諾者氏名 _____

住所 _____

選手との続柄 _____

私は上記の項目を説明し、同意を得られたことを確認いたします。また本調査への参加の同意はいつでも撤回でき、撤回した場合でも、不利益を受けないことを確認する。

平成 年 月 日

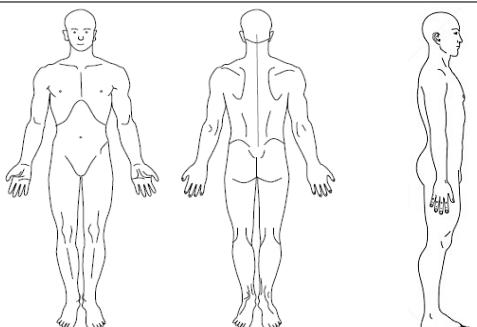
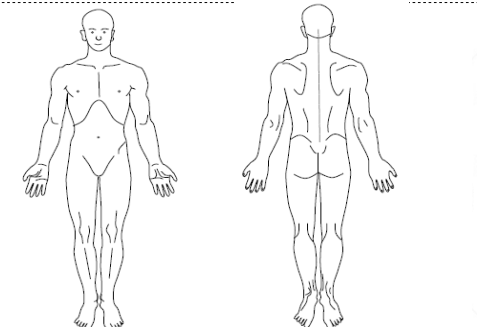
説明医師 医療法人社団 紺整会
船橋整形外科病院

医師 _____ 土屋明弘

傷害調査アンケート用紙①

氏名		性別 (1. 男 / 2. 女)		所属 (1. 小 / 2. 中 / 3. 高 / 4. 大学 / 5. 社会人)	
生年月日 (昭和 / 平成 年 月 日)		年齢 () 歳		競技歴 (年 ヶ月)	
使用しているスケート靴にチェックを入れてください。 (<input type="checkbox"/> 1. RISPORIT ・ <input type="checkbox"/> 2. EDEA ・ <input type="checkbox"/> 3. JACKSON 身長 ()cm 体重 ()kg <input type="checkbox"/> 4. GRAF ・ <input type="checkbox"/> 5. その他)				あてはまる方にチェックを入れてください。 利き手 (<input type="checkbox"/> 1. 右 ・ <input type="checkbox"/> 2. 左) 利き足 (<input type="checkbox"/> 1. 右 ・ <input type="checkbox"/> 2. 左) ※ボールなどを投げやすい手を利き手、蹴りやすい方を利き足としてください。	
1 現在のカテゴリにチェックを入れてください。		<input type="checkbox"/> 1. ノービスB <input type="checkbox"/> 2. ノービスA <input type="checkbox"/> 3. ジュニア <input type="checkbox"/> 4. シニア			
2 現在の級および種目にチェックを入れてください。		<input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級 <input type="checkbox"/> 8級			
3 昨年度エントリーしたカテゴリにチェックを入れてください。		<input type="checkbox"/> 1. ノービスB <input type="checkbox"/> 2. ノービスA <input type="checkbox"/> 3. ジュニア <input type="checkbox"/> 4. シニア			
4 昨年度出場した大会(カテゴリ)にチェックを入れてください(複数回答可)。		<input type="checkbox"/> 1. ブロック <input type="checkbox"/> 2. 東西日本 <input type="checkbox"/> 3. 全日本 <input type="checkbox"/> 4. 国際			
5 練習量を記入してください。(平均的な回数、時間、曜日がかまいません)		水上 練習している曜日 午前 月・火・水・木・金・土・日 (回/週) 練習している曜日 午後 月・火・水・木・金・土・日 (回/週) 時間/1日 午前 1・2・3・4・5・6・7・8・9 (時間/日) 時間/1日 午後 1・2・3・4・5・6・7・8・9 (時間/日) 陸上 練習している曜日 午前 月・火・水・木・金・土・日 (回/週) 練習している曜日 午後 月・火・水・木・金・土・日 (回/週) 時間/1日 午前 1・2・3・4・5・6・7・8・9 (時間/日) 時間/1日 午後 1・2・3・4・5・6・7・8・9 (時間/日)			
6 ジャンプの種類でできるものにチェックを入れてください。		7 ジャンプの種類で現在練習しているものにチェックを入れてください。			
1. アクセル <input type="checkbox"/> 1. シングル <input type="checkbox"/> 2. ダブル <input type="checkbox"/> 3. トリプル <input type="checkbox"/> 4. クワド		1. アクセル <input type="checkbox"/> 1. シングル <input type="checkbox"/> 2. ダブル <input type="checkbox"/> 3. トリプル <input type="checkbox"/> 4. クワド			
2. トウループ <input type="checkbox"/> 1. シングル <input type="checkbox"/> 2. ダブル <input type="checkbox"/> 3. トリプル <input type="checkbox"/> 4. クワド		2. トウループ <input type="checkbox"/> 1. シングル <input type="checkbox"/> 2. ダブル <input type="checkbox"/> 3. トリプル <input type="checkbox"/> 4. クワド			
3. ループ <input type="checkbox"/> 1. シングル <input type="checkbox"/> 2. ダブル <input type="checkbox"/> 3. トリプル <input type="checkbox"/> 4. クワド		3. ループ <input type="checkbox"/> 1. シングル <input type="checkbox"/> 2. ダブル <input type="checkbox"/> 3. トリプル <input type="checkbox"/> 4. クワド			
4. サルコウ <input type="checkbox"/> 1. シングル <input type="checkbox"/> 2. ダブル <input type="checkbox"/> 3. トリプル <input type="checkbox"/> 4. クワド		4. サルコウ <input type="checkbox"/> 1. シングル <input type="checkbox"/> 2. ダブル <input type="checkbox"/> 3. トリプル <input type="checkbox"/> 4. クワド			
5. フリップ <input type="checkbox"/> 1. シングル <input type="checkbox"/> 2. ダブル <input type="checkbox"/> 3. トリプル <input type="checkbox"/> 4. クワド		5. フリップ <input type="checkbox"/> 1. シングル <input type="checkbox"/> 2. ダブル <input type="checkbox"/> 3. トリプル <input type="checkbox"/> 4. クワド			
6. ルッツ <input type="checkbox"/> 1. シングル <input type="checkbox"/> 2. ダブル <input type="checkbox"/> 3. トリプル <input type="checkbox"/> 4. クワド		6. ルッツ <input type="checkbox"/> 1. シングル <input type="checkbox"/> 2. ダブル <input type="checkbox"/> 3. トリプル <input type="checkbox"/> 4. クワド			
8~14番について、あてはまるものにチェックを入れてください。また、チェックした項目に「(⇒)」がある場合は、その後の質問にも回答をお願いします。					
8 ウォーミングアップはしていますか。		<input type="checkbox"/> 0. していない <input type="checkbox"/> 1. している (⇒時間はどのくらいですか。 <input type="checkbox"/> 5分以下 <input type="checkbox"/> 5~10分 <input type="checkbox"/> 10~20分 <input type="checkbox"/> 20~30分 <input type="checkbox"/> 30~40分 <input type="checkbox"/> 40分以上)			
9 クーリングダウンはしていますか。		<input type="checkbox"/> 0. していない <input type="checkbox"/> 1. している (⇒時間はどのくらいですか。 <input type="checkbox"/> 5分以下 <input type="checkbox"/> 5~10分 <input type="checkbox"/> 10~20分 <input type="checkbox"/> 20~30分 <input type="checkbox"/> 30~40分 <input type="checkbox"/> 40分以上)			
10 ビールマンスピンはできますか。		<input type="checkbox"/> 2. できる ⇒プログラムに入っていますか? <input type="checkbox"/> 0. 入っていない <input type="checkbox"/> 1. 入っている <input type="checkbox"/> 1. 練習中 ⇒プログラムに入っていますか? <input type="checkbox"/> 0. 入っていない <input type="checkbox"/> 1. 入っている <input type="checkbox"/> 0. できない ⇒理由があれば記入してください。() ※痛みなどがある場合は記入してください。			
11 レイバックスピンはできますか。		<input type="checkbox"/> 2. できる ⇒プログラムに入っていますか? <input type="checkbox"/> 0. 入っていない <input type="checkbox"/> 1. 入っている <input type="checkbox"/> 1. 練習中 ⇒プログラムに入っていますか? <input type="checkbox"/> 0. 入っていない <input type="checkbox"/> 1. 入っている <input type="checkbox"/> 0. できない ⇒理由があれば記入してください。() ※痛みなどがある場合は記入してください。			
12 現在通院中の内科疾患はありますか。		<input type="checkbox"/> 0. ない <input type="checkbox"/> 1. ある (⇒疾患名がわかれば記入してください。) ※複数回答可			
13 現在服用中の薬剤はありますか。		<input type="checkbox"/> 0. ない <input type="checkbox"/> 1. ある (⇒薬剤名がわかれば記入してください。) ※複数回答可			
14 今まで怪我のために手術を受けたことはありますか。		<input type="checkbox"/> 0. ない <input type="checkbox"/> 1. ある (⇒手術名がわかれば記入してください。) ※複数回答可			
15~17番について、あてはまるものにチェックを入れてください。また、チェックした項目に「(⇒)」がある場合は、その後の質問にも回答をお願いします。					
15 食事に注意をしていますか。		<input type="checkbox"/> 0. していない <input type="checkbox"/> 1. している (⇒どんなことに注意をしていますか。			
16 食事は毎食食べていますか。		<input type="checkbox"/> 0. 食べていない <input type="checkbox"/> 1. 食べている (⇒食べているものに○をつけてください (⇒食べているものに○をつけてください <input type="checkbox"/> 1. 朝食 ・ <input type="checkbox"/> 2. 昼食 ・ <input type="checkbox"/> 3. 夕食 ・ <input type="checkbox"/> 4. 間食 ・ <input type="checkbox"/> 5. 練習前後の補食)			
17 以下の項目にあてはまるものはありますか。		<input type="checkbox"/> 1. 主食のごはんは普通サイズのお茶碗に1杯よりも少ない <input type="checkbox"/> 2. 主菜(肉・魚・卵・大豆製品のおかず)は1日2回あるいはそれよりも少ない <input type="checkbox"/> 3. 副菜(野菜やきのこ・海藻・芋のおかず)が朝昼夜合わせて4品(4皿)以下 <input type="checkbox"/> 4. 果物を時々しか食べていない <input type="checkbox"/> 5. 牛乳・乳製品を時々しか摂らない <input type="checkbox"/> 6. 炒め物や揚げ物を好んで食べている <input type="checkbox"/> 7. 豚肉や牛肉はもも肉よりも脂身が多いロースやバラ肉が好き <input type="checkbox"/> 8. 普段飲むものは水やお茶ではなく甘いジュースが多い <input type="checkbox"/> 9. スナック菓子やチョコレート菓子・ケーキなどの洋菓子をよく食べる <input type="checkbox"/> 10. 夜、寝るのが遅い方			
18 月経周期は正常ですか。(※女子選手のみ記入してください。)		<input type="checkbox"/> 2. 正常 ⇒おおよその周期がわかれば記載してください()日周期 ⇒調子がいい期間、悪い期間があれば○をつけてください。 (<input type="checkbox"/> 1. 月経期[月経開始~5日] ・ <input type="checkbox"/> 2. 卵胞期[5日~14日] <input type="checkbox"/> 3. 黄体前期[14~21日] ・ <input type="checkbox"/> 4. 黄体後期[21~27日]) <input type="checkbox"/> 1. 不安定または無月経 <input type="checkbox"/> 0. まだ初経をむかえていない			

傷害調査アンケート用紙②

<p>1年以内【2015年9月～2016年9月(現在も含む)】で強い痛みを感じた場所はありますか(複数回答可)。 痛みを感じたことがある場合は、下の図に○をつけてください。</p>	<p>過去1年以上前【2015年9月以前】に強い痛みを感じた場所はありますか(複数回答可)。 痛みを感じたことがある場合は、下の図に○をつけてください。 また、いつ頃痛みが生じたか、○の隣に年齢を記入してください。</p>
	

「19」で**1年以内【2015年9月～2016年9月(現在も含む)】**に下肢強い痛みを感じて○をつけた場合、当てはまるものにチェックをして下さい。
(左に痛みがある場合は左下肢、右の場合は右下肢の欄に記入してください。)

	左下肢	右下肢
01. 膝より下	⇒1.どこ場所ですか。当てはまるものに○をしてください。 (□1. つま先 □2. 甲 □3. かかと □4. 足関節 □5. すね □6. その他()) ⇒2.どのような時に痛みますか。 (□1. 安静時 □2. 日常生活活動中 □3. 練習中 □4. その他()) ジャンプすると痛みが出る場合は、当てはまるものに○をしてください。 ⇒3.どのジャンプで痛みが出ますか。 (□1. アクセル □2. トゥループ □3. ループ □4. サルコウ □5. フリップ □6. ルッツ) ⇒4.それは着氷時ですか踏み切り時ですか。 (□1. 着氷時 □2. 踏み切り時)	⇒1.どこ場所ですか。当てはまるものに○をしてください。 (□1. つま先 □2. 甲 □3. かかと □4. 足関節 □5. すね □6. その他()) ⇒2.どのような時に痛みますか。 (□1. 安静時 □2. 日常生活活動中 □3. 練習中 □4. その他()) ジャンプすると痛みが出る場合は、当てはまるものに○をしてください。 ⇒3.どのジャンプで痛みが出ますか。 (□1. アクセル □2. トゥループ □3. ループ □4. サルコウ □5. フリップ □6. ルッツ) ⇒4.それは着氷時ですか踏み切り時ですか。 (□1. 着氷時 □2. 踏み切り時)
21. 02. 膝	⇒1.どこ場所ですか。当てはまるものに○をしてください。 (□1. 内側 □2. 外側 □3. 前方 □4. 膝裏) ⇒2.以下にあてはまるものがあれば○をしてください。 (□1. 膝の水や血を抜いたことがある。 □2. 膝のひっきりを感じることがある。 □3. 走ると膝が痛い。) ジャンプすると痛みが出る場合は、当てはまるものに○をしてください。 ⇒3.どのジャンプで痛みが出ますか。 (□1. アクセル □2. トゥループ □3. ループ □4. サルコウ □5. フリップ □6. ルッツ) ⇒4.それは着氷時ですか踏み切り時ですか。 (□1. 着氷時 □2. 踏み切り時)	⇒1.どこ場所ですか。当てはまるものに○をしてください。 (□1. 内側 □2. 外側 □3. 前方 □4. 膝裏) ⇒2.以下にあてはまるものがあれば○をしてください。 (□1. 膝の水や血を抜いたことがある。 □2. 膝のひっきりを感じることがある。 □3. 走ると膝が痛い。) ジャンプすると痛みが出る場合は、当てはまるものに○をしてください。 ⇒3.どのジャンプで痛みが出ますか。 (□1. アクセル □2. トゥループ □3. ループ □4. サルコウ □5. フリップ □6. ルッツ) ⇒4.それは着氷時ですか踏み切り時ですか。 (□1. 着氷時 □2. 踏み切り時)
03. 股関節	⇒1.どこ場所ですか。当てはまるものに○をしてください。 (□1. 内側 □2. 外側 □3. 前方 □4. よくわからない) ⇒2.どのような時に痛みますか。 (□1. 安静時 □2. 日常生活活動中 □3. 練習中 □4. その他()) ⇒3.以下にあてはまるものがあれば○をしてください。 (□1. 股関節の詰まりを感じる。ことがある。 □2. 股関節のひっきりを感じることがある。 □3. 股関節の不安定感がある。) ジャンプすると痛みが出る場合は、当てはまるものに○をしてください。 ⇒4.どのジャンプで痛みが出ますか。 (□1. アクセル □2. トゥループ □3. ループ □4. サルコウ □5. フリップ □6. ルッツ) ⇒5.それは着氷時ですか踏み切り時ですか。 (□1. 着氷時 □2. 踏み切り時)	⇒1.どこ場所ですか。当てはまるものに○をしてください。 (□1. 内側 □2. 外側 □3. 前方 □4. よくわからない) ⇒2.どのような時に痛みますか。 (□1. 安静時 □2. 日常生活活動中 □3. 練習中 □4. その他()) ⇒3.以下にあてはまるものがあれば○をしてください。 (□1. 股関節の詰まりを感じる。ことがある。 □2. 股関節のひっきりを感じることがある。 □3. 股関節の不安定感がある。) ジャンプすると痛みが出る場合は、当てはまるものに○をしてください。 ⇒4.どのジャンプで痛みが出ますか。 (□1. アクセル □2. トゥループ □3. ループ □4. サルコウ □5. フリップ □6. ルッツ) ⇒5.それは着氷時ですか踏み切り時ですか。 (□1. 着氷時 □2. 踏み切り時)
04. その他	()	()
22. 下肢に痛みがあった際に医療機関を受診しましたか。	右 □0. 受診していない □1. 受診した (診断名:) 左 □0. 受診していない □1. 受診した (診断名:)	右 □0. 受診していない □1. 受診した (診断名:) 左 □0. 受診していない □1. 受診した (診断名:)
23. 下肢の痛みのために氷上練習を休みましたか。	右 □0. 受診していない □1. 受診した (診断名:) 左 □0. 受診していない □1. 受診した (診断名:)	右 □0. 受診していない □1. 受診した (診断名:) 左 □0. 受診していない □1. 受診した (診断名:)
24. 1. 腰痛がある場合、当てはまるものにチェックを入れて下さい。	□1. 身体を前に曲げたときに、腰に痛みがある。 □2. 身体を後ろに反らしたときに、腰に痛みがある。 □3. 身体をひねったときに、腰に痛みがある。 □4. でん部(しり)や下肢(あし)にしびれを感じたり、痛みが走る。ことがある。 □5. ビールマンスピンをするときに痛い。 □6. ジャンプするときに痛い。 □7. その他()	
2. 腰痛で医療機関を受診しましたか。	□0. 受診していない □1. 受診した (診断名:)	
3. 腰痛のために氷上練習を休みましたか。	□0. 休んでいない □1. 休んだ (約 日間)	