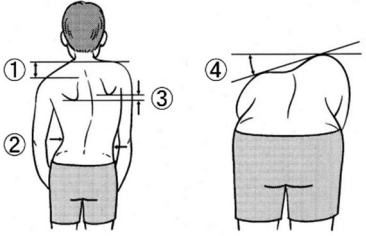

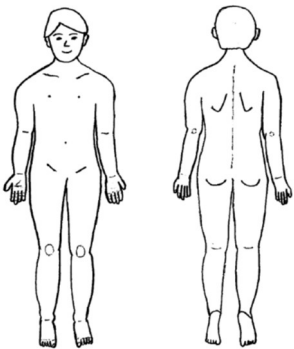




運動器（脊柱・胸郭，四肢，骨・関節）についての保健調査票

※保護者の方へ：太枠の中のみ記入、あてはまる項目に☑印をつけてください。 記入日 平成 年 月 日		学年・組・出席番号 年 組 番	氏名（フリガナ） ()
1. 現在、どんな運動部活動やスポーツ少年団各種教室・クラブなどに入っていますか？ （例：小3よりサッカースクール，小1よりバレエ）		<input type="checkbox"/> 入っていない <input type="checkbox"/> 入っている ()	
2. 以前や現在、病院などで治療を受けていますか？ （例：10歳の時、右膝半月板手術）		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある ()	
3. 背骨が曲がっている。 		<input type="checkbox"/> ①肩の高さに左右差がある <input type="checkbox"/> ②ウエストラインに左右差がある <input type="checkbox"/> ③肩甲骨の位置に左右差がある <input type="checkbox"/> ④前屈した背面の高さに左右差があり、肋骨隆起もしくは腰部隆起がみられる（※このチェックが最も重要です） <input type="checkbox"/> ⑤①～④はない	
4. 腰を曲げたり反らしたりすると痛みがある。 		<input type="checkbox"/> ①曲げたら痛い <input type="checkbox"/> ②反らしたら痛い <input type="checkbox"/> ③曲げても反らしても痛くない	
5. 腕（うで）、脚（あし）を動かすと痛みがある。 （右の図に、痛い部位に○をつけてください。）		<input type="checkbox"/> ①痛みがある <input type="checkbox"/> ②痛みがない	
6. 腕、脚の動きに悪いところがある。 （右の図に、動きが悪い部位に×をつけてください。）		<input type="checkbox"/> ①動きが悪い <input type="checkbox"/> ②動きは悪くない	
7. 片脚立ちが5秒以上できない。 		<input type="checkbox"/> ①5秒以上できない <input type="checkbox"/> ②できる	
8. 足のうらを全部床につけて完全にしゃがみこみができない。 		<input type="checkbox"/> ①しゃがめない <input type="checkbox"/> ②しゃがめる	

学校医記入欄

校医検診結果		運動器検診結果
<input type="checkbox"/> ①所見なし <input type="checkbox"/> ②経過観察 <input type="checkbox"/> ③要受診	・貧血・肥満・やせ・心雑音・不整脈・中耳炎 ・鼻炎・胸郭変形・脊柱側弯・喘息・扁桃腺肥大 ・アトピー性皮膚炎・その他 ()	<input type="checkbox"/> ①経過観察(質問No.) <input type="checkbox"/> ②治療中(質問No.) <input type="checkbox"/> ③要受診(質問No.)

(備考)

