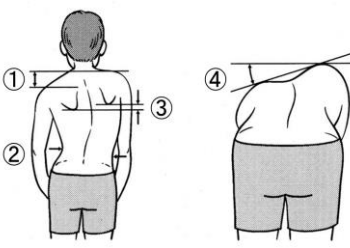


運動器 (脊柱・胸郭, 四肢, 骨・関節) についての保健調査票

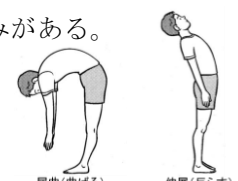
学校名	学年 組 出席番号	氏名 (フリガナ)	性別	生年月日
学校	年 組 番	()	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	平成 年 月 日生

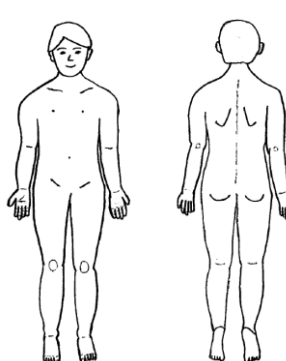
次の質問のあてはまる項目に☑印をつけてください。(↓保護者記入欄) 記入日 平成 年 月 日


I. 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 ()
II. 以前や現在、病院などで治療または経過観察を受けていますか？ (例：10歳の時、右膝半月板手術)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある ()


III. 背骨についてあてはまる☐にチェックしてください。(↓保護者記入欄)	学校医記入欄 (事後措置)
1. 背骨が曲がっている。  □①肩の高さに左右差がある □②ウエストラインに左右差がある □③肩甲骨の位置に左右差がある □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) □⑤①～④はない	(全員に直接検診します) <input type="checkbox"/> ①異常なし <input type="checkbox"/> ②経過観察・簡易指導* <input type="checkbox"/> ③整形外科への受診要

IV. 腰と四肢についてあてはめる ☐にチェックしてください。(↓保護者記入欄)	(支障があれば、直接検診します)
--	------------------

1. 腰を曲げたり反らしたりすると痛みがある。  □①曲げたら痛い (いつ頃から：) □②反らしたら痛い(いつ頃から：) □③曲げても反らしても痛くない	<input type="checkbox"/> ①経過観察・簡易指導* <input type="checkbox"/> ②整形外科への受診要
--	---

2. 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 (いつ頃から：) <input type="checkbox"/> ②痛みがない		<input type="checkbox"/> ①経過観察・簡易指導*
3. 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 (いつ頃から：) <input type="checkbox"/> ②動きは悪くない		<input type="checkbox"/> ②整形外科への受診要

4. 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	<input type="checkbox"/> ①経過観察・簡易指導* <input type="checkbox"/> ②整形外科への受診要
--	---	---

5. シャガみこみができない。 (足のうらを全部床につけて完全に)	 <input type="checkbox"/> ①しゃがめない <input type="checkbox"/> ②しゃがめる	<input type="checkbox"/> ①経過観察・簡易指導* <input type="checkbox"/> ②整形外科への受診要
--------------------------------------	---	---

学校記載欄 (養護教諭など) 学校での様子や運動・スポーツ活動での気付いたことなどがあれば記載する	総合判定 学校医名 <input type="checkbox"/> ①経過観察・簡易指導* (*親子のための運動器相談サイト参照) <input type="checkbox"/> ②整形外科への受診要 備考 (学校医記載欄)
---	---