

運動器検診保健調査票

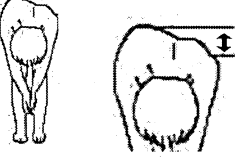

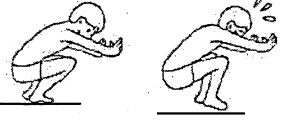
記入日 令和 年 月 日

年 組 番 生徒氏名

1 次の①～③の質問に対して、お子さんが該当する場合は、回答欄に記入してください。該当しない場合は斜線をひいてください。

質 問		回答欄
①	運動部や運動クラブに在籍している場合は、その種類（種目）を書いてください。	
②	整形外科的な疾患で、現在または過去に治療を受けたことがある場合は、疾患名を書いてください。	現在治療中 ----- 過去
③	痛み、関節が動かしにくい等の症状が1ヶ月以上続き、まだ一度も病院で検査や治療を受けていない場合はその部位を書いてください。	

2 次の①～⑦の質問に対して、回答欄の中から当てはまるものに○をしてください

① 起立した時に、両肩の高さに違いがありますか。		⑤ 片脚立ちが5秒以上できますか。				
 <p>ポイント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・両肩の高さの差 ・両肩甲骨の高さの差 ・左右の脇線の差 	回答欄			回答欄		
	ない	ある		右	できる	できない
② 前屈した時に、背中の高さに違いがありますか。		⑥ バンザイした時、両腕が耳につきますか。				
	回答欄			回答欄		
	ない	ある		右	できる	できない
③ 腰を曲げたり、そらしたりした時に、腰に痛みがありますか。		⑦ 手のひらを上に向けて腕を伸ばした時、完全に伸ばすことができない、完全に曲げることができない（指が肩につかない）ことはありませんか。				
	回答欄			回答欄		
	ない	ある		右	できる	できない
④ 足の裏を床につけてしゃがみ込みができますか。		⑧ 体のどこかに痛いところや気になるところはありませんか。（症状のある部位に○をつけ、その症状について具体的に書いてください。）				
	回答欄					
	できる	できない				