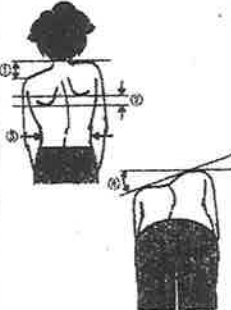
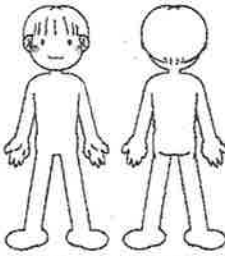
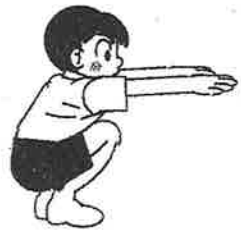
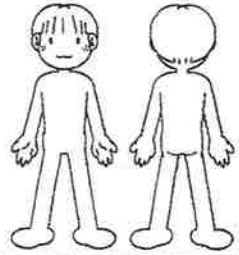
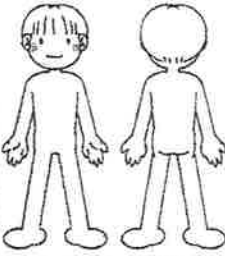


運動器に関する保健調査票 (兼運動器検診実施票)

年 組 番 名前 _____ (男・女)

<p>質問</p>	<p>(1) 背骨が曲がっていませんか? (側弯症の有無をチェックします)</p> 	<p>(2) 腰を反らしたり、曲げたりした時、腰が痛みませんか?</p> 	<p>(3) 腕・脚を動かした時、痛みませんか? (例) スポーツをしている時や、スポーツの後、膝が痛い</p> 	<p>(4) 腕・脚に動きが悪いところがありませんか? (例) 手のひらを上に向けて腕を伸ばした時、肘が完全に伸びない、完全に曲がらない</p> 	<p>(5) 片脚立ちが5秒以上できますか?</p> 	<p>(6) しゃがみ込みはできますか?</p> 	<p>(7) からだ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? (例) 歩き方がおかしい</p> 		
<p>保護者記入欄</p> <p>保護者ご署名: _____</p> <p>続柄 () _____</p> <p>保護者の方へ: ふと枠の中のみ記入してください。</p> <p>右の質問にもお答えください。</p>	<p><input type="checkbox"/>異常なし <input type="checkbox"/>次の異常がある</p> <p>【チェックポイント】 (図①) 両肩の高さに差がある (図②) 両肩甲骨の高さ・位置に差がある (図③) 左右の脇線の曲がり方に差がある (図④) 前屈すると、左右の背中や腰の高さに差がある</p>	<p><input type="checkbox"/>痛くない <input type="checkbox"/>反らすと痛い <input type="checkbox"/>曲げると痛い</p>	<p><input type="checkbox"/>痛みはない <input type="checkbox"/>痛い (部位を記入してください)</p> 	<p><input type="checkbox"/>動きは悪くない <input type="checkbox"/>動きの悪いところがある (部位を記入してください)</p> 	<p><input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>できない</p>	<p><input type="checkbox"/>できる <input type="checkbox"/>できない</p>	<p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある (部位と症状を記入してください)</p> 		
<p>(質問8) 運動部活動やスポーツクラブ活動をしていますか? (回答) <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある (スポーツ種目: _____)</p> <p>(質問9) 過去1年間に、ケガや故障をしたことがありますか? (回答) <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある (<input type="checkbox"/>1回 <input type="checkbox"/>2回 <input type="checkbox"/>3回以上)</p>									
<p>養護教諭記入欄 (調査票や学校における観察から評価)</p>	<p><input type="checkbox"/>異常なし <input type="checkbox"/>経過観察 <input type="checkbox"/>専門医受診</p>	<p><input type="checkbox"/>異常なし <input type="checkbox"/>経過観察 <input type="checkbox"/>専門医受診</p>	<p><input type="checkbox"/>異常なし <input type="checkbox"/>経過観察 <input type="checkbox"/>専門医受診</p>	<p><input type="checkbox"/>異常なし <input type="checkbox"/>経過観察 <input type="checkbox"/>専門医受診</p>	<p><input type="checkbox"/>異常なし <input type="checkbox"/>経過観察 <input type="checkbox"/>専門医受診</p>	<p><input type="checkbox"/>異常なし <input type="checkbox"/>経過観察 <input type="checkbox"/>専門医受診</p>	<p><input type="checkbox"/>異常なし <input type="checkbox"/>経過観察 <input type="checkbox"/>専門医受診</p>		