

運動器検診 保健調査票

記入日 年 月 日

小学校 中学校 年 組 番 高校	保護者氏名 氏名
男・女	

※保護者の方へ：運動器検診保健調査票は運動器検診が正しく行われるために必要ですので、正確なご記入をお願いします。

I 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、記入する必要はありません。

	質 問	回 答 欄
1	運動部や運動クラブ(学外を含む)等に在籍している場合は、その種類(種目)を書いてください。(バレー・ダンス等の身体を動かすものも含みます)	種類(種目)
2	骨、関節等のけがや故障で、過去に治療を受けた経験がある場合は、病名等を書いてください。(複数ある場合は、現在の症状に関すると思われるものを書くようにしてください。)	病名等
	現在も治療中または経過観察を受けていますか。	はい ・ いいえ
3	痛み、関節が動きにくい等の症状が1ヶ月以上続き、まだ1度も病院で治療や検査を受けていない場合は、その部位を書いてください。	部位

II 下の1)～6)の質問に対して、保護者記入欄に当てはまるものにチェック☑を入れてください。

1) 背骨が曲がっていませんか？ (側弯症の有無)	保護者記入欄	学校医記入欄	4) 脚に動きの悪いところや痛みはありませんか？	保護者記入欄	学校医記入欄
	<input type="checkbox"/> 異常なし 【チェックポイント①～④】 <input type="checkbox"/> 起立した時に、両肩の高さに差がある(図①) <input type="checkbox"/> 両肩甲骨の高さ・位置に差がある(図②) <input type="checkbox"/> 左右の脇線の曲がり方に差がある(図③) <input type="checkbox"/> 前屈した時に、左右の背面に差がある(図④)	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 脚が痛い(左・右) <input type="checkbox"/> 動きが悪い(左・右)	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診
2) 腰を曲げたり、そらしたりした時に、腰が痛みませんか？ 	<input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 前屈で痛い <input type="checkbox"/> 後屈で痛い	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診	5) 片脚立ちが5秒以上できますか？(左右とも) 	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診
3) 腕に動きの悪いところや痛みはありませんか？ (例) 手のひらを上に向けて腕を伸ばした時、完全に伸びない、完全に曲がらない(指が肩につかない) 	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 腕が耳に付かない(左・右) <input type="checkbox"/> バンザイで痛い(左・右) <input type="checkbox"/> 肘を曲げると痛い(左・右) <input type="checkbox"/> 肘が伸びない(左・右) <input type="checkbox"/> 手が肩に付かない(左・右)	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診	6) 足の裏を全部床につけてしゃがみ込みはできますか？ 	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診
			7) その他気になることがあればご記入下さい。	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診	

※この保健調査票は、健康診断の資料としてのみ使用します。

(医師名) _____