

四肢の状態（運動器）の検診 保健調査票

年 組 番 氏名

男・女

この検診は、過剰な運動や運動不足による運動器（骨・関節・筋肉等）の異常の有無を調べるため、学校保健安全法に基づいて行います。調査票は保護者の方がご記入ください。

1. 次の事項について、ご家庭で確認の上、あてはまる方に○をつけてください。

設 問		あてはまる方に ○をつける		
1	右の図の①～④について、左右差がありますか。 ①両肩の高さ ②両肩甲骨の位置、高さ ③脇ライン ④前屈したときの背面の高さ		① ある ない	
			② ある ない	
			③ ある ない	
			④ ある ない	
2	身体をそらしたり、曲げたりしたときに腰に痛みがありますか。		<前屈>	
			ある ない	
3	片脚立ち（左右交互にやってください）すると、体が傾いたり、ふらついたりしますか。		<右脚立ち>	
			する しない	
4	足の裏を全部床につけて完全にしゃがむことができますか。		<左脚立ち>	
			する しない	
5	手にひらを上に向けて腕を伸ばしたとき、完全に伸びない、または完全に曲がらない（指が肩につかない）ことがありますか。		<右ひじ>	
			ある ない	
6	バンザイしたとき、両腕が耳につきますか		<左ひじ>	
			ある ない	
6	バンザイしたとき、両腕が耳につきますか		つかない	つく

2. 上記の症状で、整形外科にかかっていますか。あてはまるものに○をつけてください。

整形外科にかかっている	・	整形外科には行っていない
-------------	---	--------------

※既に整形外科の治療を受けている場合は、学校での詳しい検診、受診勧奨はいたしません。学校で配慮を必要とする場合は、個別に担任等へお知らせください。