

記入例

記入日 年 月 日

年 組 番

ふりがな
氏名

運動器検診保健調査票 (対象学年：全員)

別紙の記入例を参考に、あてはまる回答に○をつけてください。
※「はい」の場合は、右欄の受診歴(経過)もご回答ください。

「受診歴なし」の場合、
経過は記入不要

項目	内容	回答		受診歴(経過)	
		いいえ	はい	なし	あり
①	背骨が曲がっている	いいえ	はい	なし	あり
②	腰を曲げたり反らせたりすると痛みがある	いいえ	はい	なし	あり(治療済・経過観察)
③	腕を動かすと痛みがある	いいえ	はい	なし	あり(治療中・治療済・経過観察)
④	足を動かすと痛みがある	いいえ	はい	なし	あり(治療中・治療済・経過観察)
⑤	片足立ちを5秒以上できない(左右ともにチェック)	いいえ	はい	なし	あり(治療中・治療済・経過観察)

定期的に通診している。

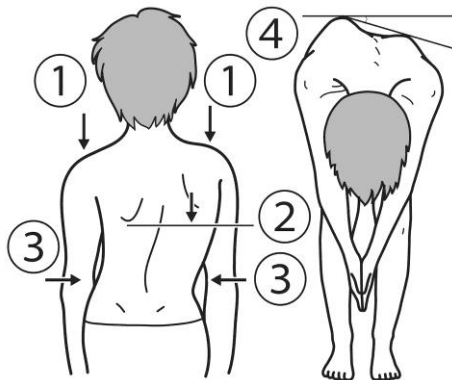
「はい」の場合は右欄へ

受診したことあり。痛みが強くなるようならまた受診するように主治医から言われている。

<学校医記入欄> 要医療【 】 ・ 経過観察

* 以下のチェックポイントを参考に、ご記入ください。

1 背骨(脊柱側弯症)の検査



【4つのチェックポイント】

- ①両肩の高さに違いがある
- ②両肩甲骨の位置や高さに差がある
- ③左右の脇線の曲がり方に差がある
- ④前屈した時の左右の背面の高さに差がある

2 腰(前屈・後屈)



【チェックポイント】
痛みはないか

5 片足立ち(左右)



【チェックポイント】
左右どちらも5秒以上できるか