|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| オーバーユース（使いすぎ）等のチェック | | | | |
| 4 | 左右の手のひらを上に向けて、前にまっすぐ  肘関節の疾患の有無をチェックします  伸ばせますか。 |  | できる | できない |
| 5 | 腰を痛みなく前に曲げ、後ろにそらすことができますか。  腰部の疾患の有無をチェックします |  | できる | できない |
| ６ | 肩は痛みなく、日常生活や運動をすることができますか。  肩関節の疾患の有無をチェックします |  | できる | できない |
| ７ | 膝のお皿の下を押すと、痛みがありますか。  肩関節の疾患の有無や柔軟性等をチェックします。  膝関節の疾患の有無をチェックします |  | できる | できない |

様式１（保健調査票）　

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　　組　　　番　　名前 | |
| 現在、運動部活動、地域のスポーツクラブ、  教室などで運動をしていますか。している場合はその種目をご記入ください。 | □していない  □している  （　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在、病院等で骨、関節のけがや故障、痛みなどで治療を受けていますか。受けている場合は、病名と最近の受診歴を記入ください。 | □受けていない  □受けている  最近の受診歴：平成　　年　　月  病名： |

１～１１のチェックについては、お子様と一緒にしてください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 運動機能（バランスと柔軟性）等のチェック | | | | |
| １ | ○片脚立ち  左右ともにバランスよく、５秒以上  ふらつかずに立てますか  股・膝関節の疾患等の有無、身体の  バランス感覚等をチェックします |  | できる | できない |
| ２ | ○しゃがみこみ  　足を肩幅に開いて、途中で止まらず  最後までできますか。  ※かかとが上がらない、後方転倒しない  股・膝関節の疾患の有無、下肢の筋肉等の柔軟性等をチェックします |  | できる | できない |
| ３ | ○両腕を真上に挙げる（バンザイ）  　左右ともバランスよく真上まであがりますか。  肩関節の疾患の有無や柔軟性等をチェックします  肩関節の疾患の有無や柔軟性等をチェックします。  肩関節の疾患の有無や柔軟性等をチェックします。  肩関節の疾患の有無や柔軟性等をチェックします。 |  | できる | できない |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 脊柱側わん症のチェック | | | | |
| ８ | ①立った姿勢で後ろからみて、肩の高さに左右差がありますか。 |  | いいえ | はい | |
| ９ | ②立った姿勢で後ろからみて、肩甲骨の高さ・位置に左右差がありますか。 | いいえ | はい | |
| 10 | ③立った姿勢で後ろからみて、ウエストラインに左右差がありますか。 | いいえ | はい | |
| 11 | ④まっすぐ立った姿勢から、膝を伸ばしたま  まで、両手をそろえて前かがみになった時  に、背中の高さに左右差がありますか。 |  | いいえ | はい | |

学校記入欄

要受診　　　経過観察　　　所見なし

