




様式1 (保健調査票)

年 組 番 名前


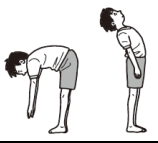
現在、運動部活動、地域のスポーツクラブ、教室などで運動をしていますか。している場合はその種目をご記入ください。	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している ()
現在、病院等で骨、関節のけがや故障、痛みなどで治療を受けていますか。受けている場合は、病名と最近の受診歴を記入ください。	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている 最近の受診歴：平成 年 月 病名：

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。

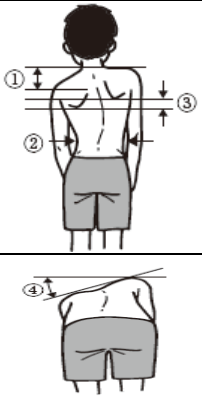
運動機能 (バランスと柔軟性) 等のチェック

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		できる	できない

オーバークース (使いすぎ) 等のチェック

4	左右の手のひらを上に向けて、前にまっすぐ伸ばせますか。 肘関節の疾患の有無をチェックします		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。 膝関節の疾患の有無をチェックします		できる	できない

脊柱側弯症のチェック

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