

# 運動器（四肢，骨・関節） 検診問診票

年 組 番 名前：

（ 男 ・ 女 ）

\*裏面に記入例があります。ご参考ください。

	チェック項目	回答欄（いずれかに○を記入）	
1	背骨が曲がっている <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div>	異常なし	次の異常がある <input type="checkbox"/> ①両肩の高さに差がある <input type="checkbox"/> ②ウエストラインに差がある <input type="checkbox"/> ③両肩甲骨の高さ・位置に差がある <input type="checkbox"/> ④左右の背中や腰の高さに差がある
2	腰を反らしたり、曲げたりした時、痛みがある <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div>	ない	ある
3	肩や肘、膝に痛みや動きの悪い所がある (例) スポーツをしている時や、スポーツの後、痛みがある (例) 手のひらを上に向けて腕を伸ばした時、肘が完全に伸びない、(指が肩につかない) 完全に曲がらない <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div>	ない	ある 痛みのある部位 [ ]
4	片足立ちが5秒以上できない <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div>	できる	できない
5	しゃがみこみができない <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div>	できる	できない
6	過去1年間に、ケガや故障をして病院で治療を受けたことがありますか？ ( ない ・ ある：病名 <span style="float: right;">現在の状況： 治療中・ 完治</span> )		

校医記入欄	・異常なし      ・経過観察 [ ] ・要病院受診 [ ]
-------	------------------------------------