

運動器（ロコモ）の状態に関する保健調査票 記入日 平成 年 月 日

学校	年 組 番	氏名
----	-------	----

※ 保護者の方が御記入ください。お子様の運動器（ロコモ※）疾患の早期発見のため、正確な御記入をお願いします。なお、この問診票は学校健康診断以外には使用されません。

質問1 現在、取り組んでいるスポーツ（バレエ、ダンス等を含む）

なし あり（スポーツ名： _____）

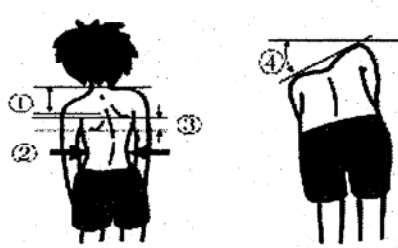
質問2 現在、整形外科等に通院していますか。

いいえ はい（疾患名： _____）

質問3 太枠の中の当てはまる項目の□に☑を付けてください。





検査項目	保護者記入欄
------	--------

(1) 脊柱の状態についてお聞きします。(足は肩幅に開きまっすぐ立たせてください)

<p>姿勢のチェック：(側弯症など) (下の4ヶ所をチェックしてください。)</p> 	<p><input type="checkbox"/>① 両肩の高さに差がある</p> <p><input type="checkbox"/>② ウエストライン（腰の脇線）の曲がり方に差がある</p> <p><input type="checkbox"/>③ 両肩甲骨の高さ・位置に差がある</p> <p><input type="checkbox"/>④ 前屈(前にかがむ)したときに左右の背面の高さに差がある</p>
---	--

(2) 四肢の状態についてお聞きします。(柔軟性、ケガ・使いすぎ、関節の病気など)

※ 痛みとは体育等、学校生活を送る上で支障がある痛みをいいます。

<p>① 腰を前に曲げたり、後ろにそらしたりしたときに痛みはありませんか？</p> 	<p>【前に曲げたとき】</p> <p><input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 痛い</p> <p>【後ろにそらしたとき】</p> <p><input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 痛い</p>
<p>② 手のひらを上に向けて腕（ひじ）を曲げた時、手指が肩につきますか。</p> 	<p>右腕 <input type="checkbox"/> つく <input type="checkbox"/> つかない</p> <p>左腕 <input type="checkbox"/> つく <input type="checkbox"/> つかない</p>
<p>③ 手のひらを上に向けて腕（ひじ）を伸ばした時、ひじがのびますか。</p> 	<p>右腕 <input type="checkbox"/> のびる <input type="checkbox"/> のびない</p> <p>左腕 <input type="checkbox"/> のびる <input type="checkbox"/> のびない</p>
<p>④ バンザイをして腕が耳につきますか。</p> 	<p>右腕 <input type="checkbox"/> つく <input type="checkbox"/> つかない</p> <p>左腕 <input type="checkbox"/> つく <input type="checkbox"/> つかない</p>

