





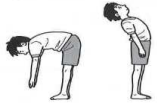
運動器検診問診票

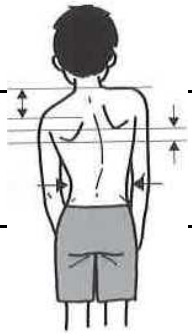

____年 ____組 ____番 氏名

※記入上の注意：保護者の方はお子さんと一緒に記入してください。

お子さんは継続して特定のスポーツをやっていますか。あれば種目を記入してください。 種目【 _____ 】
お子さんは現在、骨、関節や背骨のけがや故障、痛みなどで治療していますか。治療している部位を記入してください。 部位【 _____ 】

【運動機能のチェック】 バランスと柔軟性				
1	【片足立ち】 左右ともにバランスよく、5秒以上ふらつかずに立てる → 身体のバランス		できる	できない
2	【しゃがみ込む】 足を肩幅に開いて、途中で止まらず最後までできる。(かかとが上がらない・後方転倒しない) → 下肢のかたさ		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180度まで挙がる→ 上肢のかたさ		できる	できない

【オーバーユース】 つかいすぎ				
4	肩は痛みなく、日常生活や運動をすることができますか？		できる	できない
5	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？		できる	できない
6	腰を痛みなく前に曲げ、後ろにそらすことができますか？		できる	できない
7	膝のお皿の下が押すと痛いですか？		いいえ	はい

【脊柱側弯症】				
8	立った姿勢で後ろから見て、肩の高さに左右差がありますか？		いいえ	はい
9	立った姿勢で後ろから見て、肩甲骨の高さ・位置に左右差がありますか？		いいえ	はい
10	立った姿勢で後ろから見て、ウエストラインに左右差がありますか？		いいえ	はい
11	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	受診 要 ・ 不要
-------	-----------