

運動器検診家庭調査票

保護者の皆様へ

学校 _____

学校運動検診は、お子様の健康な成長のために、運動器の疾患・障害の早期発見に努めています。お子様の適切な運動器検診の実施のために、調査票は必ず保護者の方がご記入くださいますようお願いいたします。(太枠内の【保護者記入欄】のみ、ご記入ください)

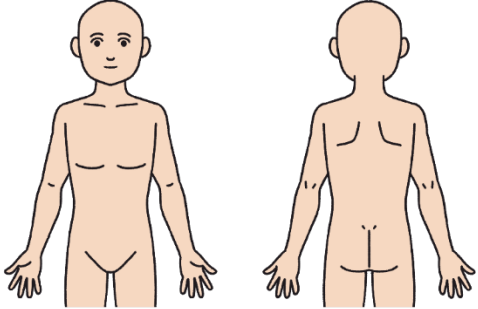
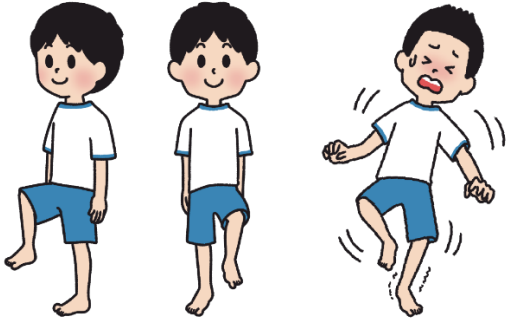

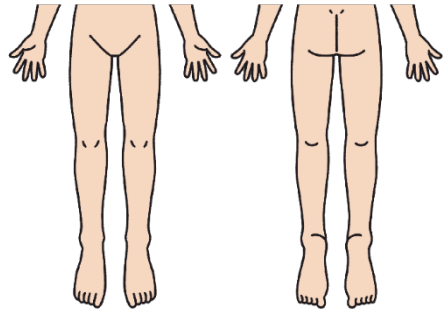
なお、検診の結果、精密な検査が必要と判断された場合は、検診後に整形外科への受診案内をお渡しいたします。

記入日 年 月 日

年 組 番 氏名

 <p><質問></p>	<p>【保護者記入欄】</p> <p>あてはまる方に✓を記入してください。各質問で②をお答えの場合、該当部位を現在治療中(経過観察も含む)の場合は、「治療中」にチェックをしてください。</p> <p>差支えなければカッコ内に治療を整形外科でしているか。それ以外(接骨院など)でしているか丸(O)で囲んでください。</p>	<p>【医師記入欄】</p> <p><u>ここの欄には記入しないでください。</u></p>
<p>(1)背中が左右対称ではなく曲がっていますか？(側弯症のチェック)</p> 	<p><input type="checkbox"/>①いいえ <input type="checkbox"/>②はい</p> <p><input type="checkbox"/>治療中 (通院予定の経過観察含む) (整形外科 • 整形外科以外)</p> <p><u>※4つのチェックポイント</u></p> <p>① 左右の肩の高さは同じですか？</p> <p>② 肩甲骨の位置が左右同じですか？</p> <p>③ ウエストの曲がり方が左右同じですか？</p> <p>④ 前かがみした時左右の背面の高さは同じですか？</p>	<p>二次検診へ</p> <p><input type="checkbox"/>要受診</p> <p><input type="checkbox"/>受診不要</p>
<p>(2)腰を曲げたりそらしたりした時に背中や腰をよく痛がりますか？(腰椎分離症などのチェック)</p> 	<p><input type="checkbox"/>①いいえ <input type="checkbox"/>②はい</p> <p><input type="checkbox"/>治療中 (整形外科 • 整形外科以外)</p>	<p>二次検診へ</p> <p><input type="checkbox"/>要受診</p> <p><input type="checkbox"/>受診不要</p>
<p>(3)歩くときに足を引きずって歩いたり、変な歩き方をしていませんか？ (麻痺・脚長差などのチェック)</p>	<p><input type="checkbox"/>①いいえ <input type="checkbox"/>②はい</p> <p><input type="checkbox"/>治療中 (整形外科 • 整形外科以外)</p>	<p><input type="checkbox"/>要受診</p> <p><input type="checkbox"/>受診不要</p>

◆裏面に続く◆

<p>(4) 肩・肘・手首が腫れていたり、動かすとよく痛がることはありますか？ (「②はい」の場合、右図の部位に○をつけてください)</p> <p>※運動部や習い事でスポーツをしている場合は、腕立て伏せやボール投げで痛みがあるかもご確認ください。 (野球肩・野球肘などのチェック)</p>	<p><input type="checkbox"/>①いいえ <input type="checkbox"/>②はい</p> <p><input type="checkbox"/>治療中 (整形外科 ・ 整形外科以外)</p>  <p>※痛み・腫れの部位に○</p>	<p>二次検診へ</p> <p><input type="checkbox"/>要受診</p> <p><input type="checkbox"/>受診不要</p>
<p>(5) ふらつかず、左右ともに片脚立ちが5秒以上できますか？ (ただし、幼稚園児のみ、ふらついても5秒以上できれば、可とします) (バランス能力・下肢筋力のチェック)</p> 	<p><input type="checkbox"/>①出来る <input type="checkbox"/>②出来ない</p> <p><input type="checkbox"/>治療中 (整形外科 ・ 整形外科以外)</p>	<p>二次検診へ</p> <p><input type="checkbox"/>要受診</p> <p><input type="checkbox"/>受診不要</p>
<p>(6) 両足を閉じてしゃがみこみができますか？左右の踵をしっかり床につけて行ってください。練習して出来た場合は、 ①「出来る」としてください。</p> <p>また、脚のどこかに痛みや腫れがありますか？(痛みや腫れがある場合、右図の部位に○をつけてください) (下肢障害・骨端症などのチェック)</p> 	<p><input type="checkbox"/>①出来る <input type="checkbox"/>②出来ない</p> <p><input type="checkbox"/>①いいえ <input type="checkbox"/>②はい</p> <p><input type="checkbox"/>治療中 (整形外科 ・ 整形外科以外)</p>  <p>※痛み・腫れの部位に○</p>	<p>二次検診へ</p> <p><input type="checkbox"/>要受診</p> <p><input type="checkbox"/>受診不要</p>