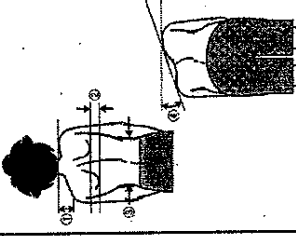
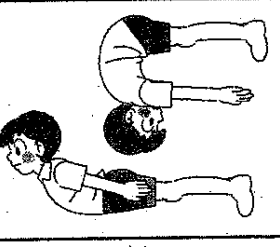
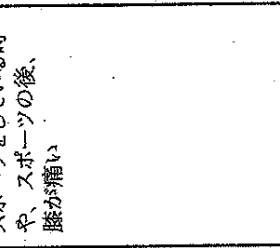

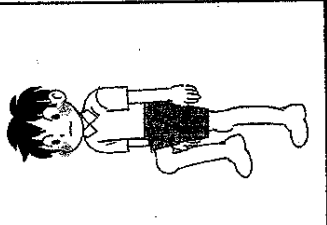
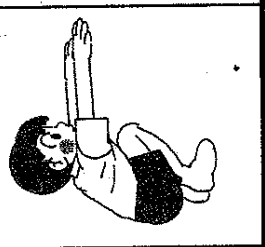
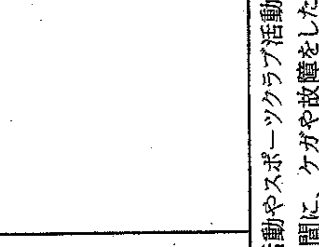
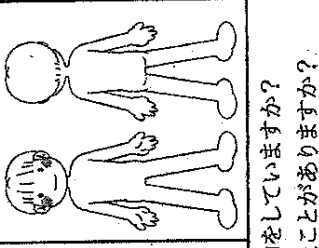
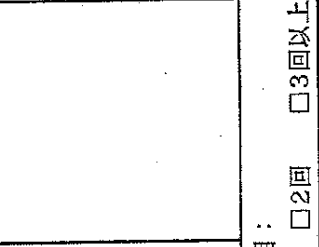


<p>質問</p>	<p>(1) 背骨が曲がっていませんか? (脚弯症の有無をチェックします)</p> 	<p>(2) 腰を反らしたり、曲げたりした時、腰が痛みませんか?</p> 	<p>(3) 腕・脚を動かした時、痛みませんか? (例) スポーツをしている時や、スポーツの後、膝が痛い</p> 	<p>(4) 腕・脚に動きが悪いところがありますか? (例) 手のひらを上に向けて腕を伸ばした時、肘が完全に伸びない、完全に曲がらない</p> 	<p>(5) 片脚立ちが5秒以上できますか?</p> 	<p>(6) しやがみ込みはできますか?</p> 	<p>(7) からだのどこかに痛いところや気になりますか? (例) 歩き方がおかしい</p>
<p>保護者記入欄 保護者ご署名: 保護者の方へ: ふと枠の中のみ記入してください。 右の質問にもお答えください。</p>	<p><input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 次の異常がある 【チェックポイント】 (図①) 両肩の高さに差がある (図②) 両肩甲骨の高さ・位置に差がある (図③) 左右の脇線の曲がり方に差がある (図④) 前屈すると、左右の背中や腰の高さに差がある</p>	<p><input type="checkbox"/> 痛くない <input type="checkbox"/> 反らすと痛い <input type="checkbox"/> 曲げると痛い</p> <p><input type="checkbox"/> 痛みはない <input type="checkbox"/> 痛い (部位を記入してください)</p> 	<p><input type="checkbox"/> 動きは悪くない <input type="checkbox"/> 動きの悪いところがある (部位を記入してください)</p> 	<p><input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない</p>	<p><input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない</p>	<p><input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (部位と症状を記入してください)</p> 	<p>(質問8) 運動部活動やスポーツクラブ活動をしていますか? (質問9) 過去1年間に、ケガや故障をしたことがありますか?</p> <p>(回答) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (スポーツ種目:) (回答) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回以上)</p>
<p>養護教諭記入欄 (学校での様子等)</p> <p>学校医記入欄 (健康診断時に記入)</p>	<p><input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診</p>	<p><input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診</p>	<p><input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診</p>	<p><input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診</p>	<p><input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診</p>	<p><input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診</p>	<p><input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 専門医受診</p>