|  |
| --- |
| オーバーユース（使いすぎ）等のチェック |
| 4 | 左右の手のひらを上に向けて、前にまっすぐ肘関節の疾患の有無をチェックします伸ばせますか。 |  | できる | できない |
| 5 | 腰を痛みなく前に曲げ、後ろにそらすことができますか。腰部の疾患の有無をチェックします |  | できる | できない |
| ６ | 肩は痛みなく、日常生活や運動をすることができますか。肩関節の疾患の有無をチェックします |  | できる | できない |
| ７ | 膝のお皿の下を押すと、痛みがありますか。肩関節の疾患の有無や柔軟性等をチェックします。膝関節の疾患の有無をチェックします |  | できる | できない |

様式１（保健調査票）　

|  |
| --- |
| 　　　　　年　　　組　　　番　　名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 現在、運動部活動、地域のスポーツクラブ、教室などで運動をしていますか。している場合はその種目をご記入ください。 | □していない□している（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在、病院等で骨、関節のけがや故障、痛みなどで治療を受けていますか。受けている場合は、病名と最近の受診歴を記入ください。 | □受けていない□受けている最近の受診歴：平成　　年　　月病名： |

１～１１のチェックについては、お子様と一緒にしてください。

|  |
| --- |
| 運動機能（バランスと柔軟性）等のチェック |
| １ | ○片脚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ますか股・膝関節の疾患等の有無、身体のバランス感覚等をチェックします |  | できる | できない |
| ２ | ○しゃがみこみ　足を肩幅に開いて、途中で止まらず最後までできますか。※かかとが上がらない、後方転倒しない股・膝関節の疾患の有無、下肢の筋肉等の柔軟性等をチェックします |  | 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真上まであがりますか。肩関節の疾患の有無や柔軟性等をチェックします肩関節の疾患の有無や柔軟性等をチェックします。肩関節の疾患の有無や柔軟性等をチェックします。肩関節の疾患の有無や柔軟性等をチェックします。 |  | できる | できない |

|  |
| --- |
| 脊柱側わん症のチェック |
| ８ | ①立った姿勢で後ろからみて、肩の高さに左右差がありますか。 |  | いいえ | はい |
| ９ | ②立った姿勢で後ろからみて、肩甲骨の高さ・位置に左右差がありますか。 | いいえ | はい |
| 10 | ③立った姿勢で後ろからみて、ウエストラインに左右差がありますか。 | いいえ | はい |
| 11 | ④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

要受診　　　経過観察　　　所見なし

