**Health survey for Locomotor system**運動器についての保健調査票

　　　　　　年　　　　組　　　　番　　氏名

(Grade) (Section) (Number) (Name)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| To Guardian 保護者の方へ  Please answer the questions from1 to 8 and **encircle “○” whichever applies within the Bold line.**  When your child has the symptoms and on treatment at the moment, please encircle too.  質問①～⑧について、太枠の保護者記入欄の該当する項目（はい・いいえ）に〇をつけてください。また、症状があり、受診している場合には、**受診中に〇**をつけてください。 | | | | | | | | |
|  | 検査の方法  Method of examination | 質問項目  Questions | 保護者記入  **Filled up by Parents**  **Choose Yes/No (Encircle if on Treatment now)** | | | 学校  記入 | 学校医  記入 | |
| **Back bone** 背骨 |  | ◆**Scoliosis(4 items to check)**  脊柱側弯症４つのチェックポイント  **〈Stand up and turn backward**後ろ向きで立つ〉 | On Treatment  受診欄 | | | 健  康  観  察  異  常  あ  り | 医師管理下 | 要受診 |
| 1. There’s a Height difference in left and right shoulders 両肩の高さに差がある | （はい）  Yes | **On Treat**  **ment** | **(いいえ)**  No |
| 1. There’s a Difference in left and right bending form in under arm Lines.   左右の脇線の曲がり方に差がある | Yes | **On Treat**  **ment** | No |
| Difference in height and position in both scapula両肩甲骨の高さ・位置に差がある | Yes | **On Treat**  **ment** | No |
| ＜**Bend forward while putting palm together** 手の平を合わせて前屈＞  Height difference in back surface when bending forward 前屈した左右の背面の高さに差がある | Yes | **On Treat**  **ment** | No |
| **Waist** 腰 |  | Do you feel any pain when bending/ curving waist?  腰を曲げたり、反らしたりすると、 痛みがありますか？ | はい  Yes | **受診中**  **On Treat ment** | いいえ  No | 健  康  観  察  異  常  あ  り | 医師管理下 | 要受診 |
| **Upper limbs** 上肢 |  | Do you feel any pain or discomfort in your shoulder/elbow when bending/stretching hands facing the palm upward and when holding your both hands upward?  手の平を上に向けて腕を曲げたり伸ばしたりした時や、バンザイをした時に、肩や肘に痛みや動きの悪いところがありますか？ | はい  Yes | **受診中**  **On Treat ment** | いいえ  No | 健  康  観  察  異  常  あ  り | 医師管理下 | 要受診 |
| **Lower limbs** 下肢 |  | Do you feel any pain or discomfort in your knees when crouching?  しゃがむと膝に痛みや動きの悪いところがありますか？ | はい  Yes | **受診中**  **On Treat ment** | いいえ  No | 健  康  観  察  異  常  あ  り | 医師管理下 | 要受診 |
|  | Cannot stand on one leg  片脚立ちができない | はい  Yes | **受診中**  **On Treat ment** | いいえ  No | 健  康  観  察  異  常  あ  り | 医師管理下 | 要　受診 |
| ew29undou01(2017) | | | | | | | | |