**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) |