

この欄は学校記入用

1G

2G

3G

名前

1. 現在、習い事、スポーツクラブ、スポーツ少年団などに入っていますか？ (ダンスなど体を動かすものを含む) (はい・いいえ) → 「はい」と答えた方は以下の3種目については○を、それ以外は種目を書いて下さい。

野球 バレーボール テニス ほかに

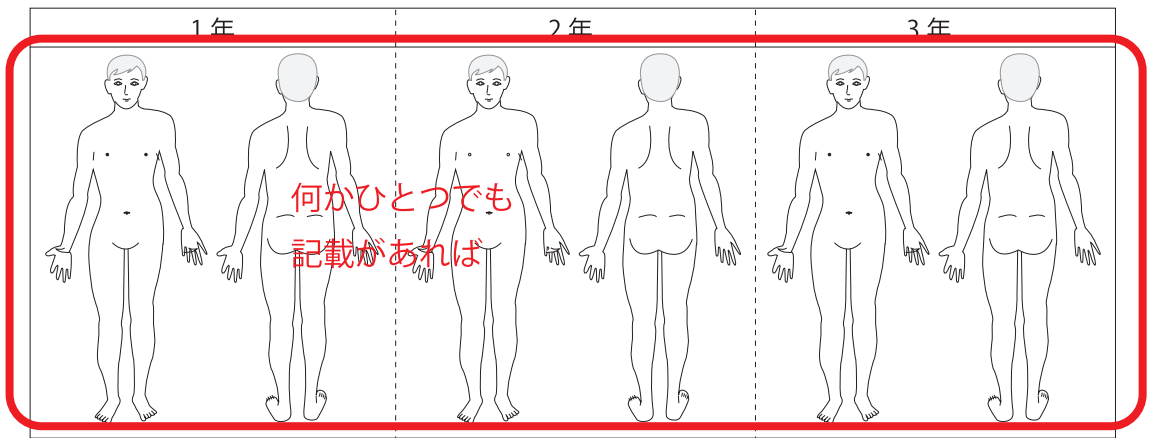
2. 過去に、また現在、骨や関節、^{じんたい}神経、骨髄などのケガや故障のために、整形外科、整形外科、マッサージなどで治療を受けていますか？ (はい・いいえ) → 「はい」と答えた方は年齢と病名を下部に書いて下さい。

例) 9歳・右腕骨折






12歳・左足ねんざ

3. 胸(みぞ)で、肩(あし)を動かした時に、①痛いところや、②動きの悪いところはありませんか？ (はい・いいえ) 「はい」と答えた方は → ① 痛いところがある場合は、図のあてはまるところに○をつけてください。

② 肘が完全に伸びない、肩(腕全体)が真上まであがらない、ひざや足首の曲げ伸ばしをした時に左右で差がある場合など動きの悪いところは、図のあてはまるところに、Xをつけて下さい。



4. あてはまる□の中に、☑のように印をしてください。(野球・バレーボールをしている方は裏面も記入して下さい)

		1年	2年	3年
背の高さを測ります	膝の90°を伸ばして立ち、両手を壁においた状態で、背後から見ます。背中または腰の高さが、左右で違っていませんか？ 	<input type="checkbox"/> 背面の左右の高さに差がない <input checked="" type="checkbox"/> 高さに差がある	<input type="checkbox"/> 背面の左右の高さに差がない <input checked="" type="checkbox"/> 高さに差がある	<input type="checkbox"/> 背面の左右の高さに差がない <input checked="" type="checkbox"/> 高さに差がある
腰を測ります	膝を伸ばしたまま両手を床につけようとする時、腰が痛くなりますか？ 	<input type="checkbox"/> 前屈で痛みはない <input checked="" type="checkbox"/> 前屈で腰が痛い	<input type="checkbox"/> 前屈で痛みはない <input checked="" type="checkbox"/> 前屈で腰が痛い	<input type="checkbox"/> 前屈で痛みはない <input checked="" type="checkbox"/> 前屈で腰が痛い
	膝を曲げて体を前向きに倒すと、腰が痛くなりますか？ 	<input type="checkbox"/> 後そりで痛くない <input checked="" type="checkbox"/> 後そりで腰が痛い	<input type="checkbox"/> 後そりで痛くない <input checked="" type="checkbox"/> 後そりで腰が痛い	<input type="checkbox"/> 後そりで痛くない <input checked="" type="checkbox"/> 後そりで腰が痛い
足の長さ	片足立ち 片足立ちは右左それぞれ5秒以上できますか？ (右・左)にはできない方に○をつける 	<input type="checkbox"/> 片足立ちが5秒以上できる <input checked="" type="checkbox"/> 5秒未満(右・左)	<input type="checkbox"/> 片足立ちが5秒以上できる <input checked="" type="checkbox"/> 5秒未満(右・左)	<input type="checkbox"/> 片足立ちが5秒以上できる <input checked="" type="checkbox"/> 5秒未満(右・左)
足の柔軟性	しゃがみこみ 足裏全部を床につけて完全にしゃがむことができますか？ 	<input type="checkbox"/> 完全にしゃがめる <input type="checkbox"/> 完全にしゃがむことはできない	<input type="checkbox"/> 完全にしゃがめる <input type="checkbox"/> 完全にしゃがむことはできない	<input type="checkbox"/> 完全にしゃがめる <input type="checkbox"/> 完全にしゃがむことはできない

裏面へ続く

5. 野球、バレーボールを継続している人で、次の症状はありますか？ あてはまる項目の□内に✓をつけて下さい。(野球、バレーボールを継続していない人は、以下を記入しなくてよい)

1年	2年	3年
<input type="checkbox"/> 肘の痛みがある	<input type="checkbox"/> 肘の痛みがある	<input type="checkbox"/> 肘の痛みがある
<input type="checkbox"/> 肘が完全に伸びない	<input type="checkbox"/> 肘が完全に伸びない	<input type="checkbox"/> 肘が完全に伸びない
<input type="checkbox"/> 肘が完全に曲がらない	<input type="checkbox"/> 肘が完全に曲がらない	<input type="checkbox"/> 肘が完全に曲がらない
<input type="checkbox"/> 肘が動きにくい	<input type="checkbox"/> 肘が動きにくい	<input type="checkbox"/> 肘が動きにくい
<input type="checkbox"/> 肩の痛みがある	<input type="checkbox"/> 肩の痛みがある	<input type="checkbox"/> 肩の痛みがある
<input type="checkbox"/> 肩が動きにくい	<input type="checkbox"/> 肩が動きにくい	<input type="checkbox"/> 肩が動きにくい
<input type="checkbox"/> 以上のいずれもない	<input type="checkbox"/> 以上のいずれもない	<input type="checkbox"/> 以上のいずれもない

どれか一つでも✓が入っていれば

氏名

4 最近の健康状態・生活習慣について、次の事項であてはまるものがあれば○を記入してください。											
	症状	小1	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3	
内科	1 食欲がなく、体重が増えにくい										
	2 頭痛・腹痛を起こしやすい										
	3 下痢、便秘になりやすい										
	4 動悸、めまい、息切れをすることがある										
	5 疲れやすく、元気がないことが多い										
	6 急に立つとめまいをすることがある										
	7 気を失って倒れたことがある										
皮膚科	8 肌がかゆくなりやすい										
	9 肌があればやすい、かぶれやすい										
	10 うみやすい、にきびがでやすい										
	11 体や手足にブツブツができています										
	12 髪の毛に異常がある(頭シラミ、脱毛症等)										
	13 生まれつきのあざ、皮膚病がある										
	14 その他、気になる皮膚病がある										
耳鼻科	15 聞こえが悪い										
	16 発音で気になることがある、声がかれている										
	17 よく鼻水がでる										
	18 よく鼻がつまる										
	19 鼻血がでやすい										
	20 のどの腫れや痛みを伴う発熱が多い										
	21 普段口を開けている										
	22 いびきをかくことがある										
	23 現在治療中の病気がある										
眼科	24 黒板の字が見えにくい、遠くを見るとき目を細める										
	25 色まちがいをすることがある										
	26 頭を傾げる、上目づかい、顔の正面で見ない										
	27 左右の視線がずれることがある										
	28 本を読むと目が疲れたり、頭痛がしたりする										
	29 目がかゆくなる、目やにが出る、目が赤くなる										
	30 目がかわく、涙が出るが多い										
	31 メガネ・コンタクトレンズを使用している										
	32 コンタクトレンズ使用で、見にくい、充血、ゴロゴロする										
歯科	33 歯が痛んだり、しみたりする										
	34 顎の関節が痛んだり音がしたりすることがある										
	35 かみにくい、食べにくいと思うことがある										
	36 歯並びやかみ合わせが気になる										
	37 口のおいが気になる										
	38 歯ぐきから血が出る										
整形外科	39 背骨が曲がっている										
	40 腰を曲げたり、反らしたりすると痛みがある										
	41 腕、脚を動かすと痛みがある										
	42 腕、脚に動きの悪いところがある										
	43 片脚立ちが5秒以上できない										
	44 しゃがみこみができない										

いずれかに○があれば