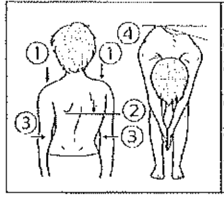
# 運動器健診保健調査票

■現在取り組んでいるスポーツ(バレエ・ダンス等を含む)： なし ・ あり（　　　）

（お手数ですが、ご家庭でチェックをお願いします。該当する項目に〇印、または必要事項を記入して下さい。）

記入例

1)脊柱側わん症・・・早めの発見を

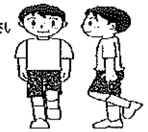


| 4つのチェックポイント | 1年 | 2年 | 3年 |
|---|---|---|---|
| ①両肩の高さに差がある | ある ・ ない | ある ・ ない | ある ・ ない |
| ②両肩甲骨の高さ・位置に差がある | ある ・ ない | ある ・ ない | ある ・ ない |
| ③左右の脇線の曲がり方に差がある | ある ・ ない | ある ・ ない | ある ・ ない |
| ④前屈した左右の背面の高さに差がある | ある ・ ない | ある ・ ない | ある ・ ない |
| ＊現在治療中、又は経過観察中である | 治療／経過観察中 | 治療／経過観察中 | 治療／経過観察中 |

**1年の欄、漏れなく全てご記入ください。**

2)次に気付くことがありましたら、チェックして下さい。

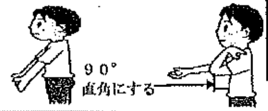
| | 1年 | | 2年 | | 3年 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ＊身体を反らしたり、曲げたりしたとき、腰に痛みが出ませんか。 | 前屈 | 後屈 | 前屈 | 後屈 | 前屈 | 後屈 |
| | 痛む | 痛む | 痛む | 痛む | 痛む | 痛む |
| | 痛まない | 痛まない | 痛まない | 痛まない | 痛まない | 痛まない |
| ＊片脚立ち（左右交互にやって下さい）片脚立ちすると体が傾いたり、ふらついたりしませんか。 | 左脚立ち | 右脚立ち | 左脚立ち | 右脚立ち | 左脚立ち | 右脚立ち |
| | 立てない | 立てない | 立てない | 立てない | 立てない | 立てない |
| | ふらつく | ふらつく | ふらつく | ふらつく | ふらつく | ふらつく |
| | 異常なし | 異常なし | 異常なし | 異常なし | 異常なし | 異常なし |
| ＊しゃがみ込み　足の裏を全部床につけて完全にしゃがみ込めますか | しゃがめる | | しゃがめる | | しゃがめる | |
| | しゃがめない | | しゃがめない | | しゃがめない | |
| ＊手の平を上に向けて腕を伸ばしたとき、完全に伸びない、完全に曲がらない（指が肩につかない）ことはありませんか。 | 左肘 | 右肘 | 左肘 | 右肘 | 左肘 | 右肘 |
| | 完全に伸びない | 完全に伸びない | 完全に伸びない | 完全に伸びない | 完全に伸びない | 完全に伸びない |
| | 完全に曲がらない | 完全に曲がらない | 完全に曲がらない | 完全に曲がらない | 完全に曲がらない | 完全に曲がらない |
| | 異常なし | 異常なし | 異常なし | 異常なし | 異常なし | 異常なし |
| ＊バンザイしたとき、両腕が耳につきますか。 | 左腕 | 右腕 | 左腕 | 右腕 | 左腕 | 右腕 |
| | つかない | つかない | つかない | つかない | つかない | つかない |
| | つく | つく | つく | つく | つく | つく |



※足底がずれてしまう

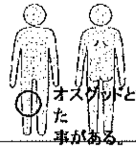
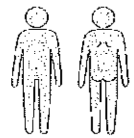
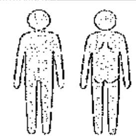
※足底はずれない

※両足は肩幅位に広げ、つま先は真正面のまま。




※手首をひどく曲げない。
※手の平を上に向ける。

3)身体のどこかに痛いところや気になるところはありませんか。
＊骨・関節・筋肉などについて、症状のある部位に〇をつけ、その症状について具体的に書いて下さい。
＊その他、身体や手・足で気になることがありましたら枠内に、ご自由にお書き下さい。

| 1年 | 2年 | 3年 |
|---|---|---|
|  オスグッドと言われた事がある。 |  |  |

| | | |
|---|---|---|
| 問診のみ　学校医（　　　） | 問診のみ　学校医（　　　） | 問診のみ　学校医（　　　） |

# 結核健康診断

記入上の注意
・太線枠内は、保護者の方の記入欄です。
・「はい」「いいえ」等該当するものを〇で囲み、必要に応じて空欄にもご記入をお願いします。
・定期外健康診断（接触者検診を含む）欄は、保健所等の指示により実施された場合には必ず記入をお願いします。

| | |
|---|---|
| 中学校名 | 古川市立　　中学校 |
| 氏名 | |
| 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 年　月　日 |
| BCG接種歴 | はい　年　月　日 |
| | 年　月　日 |
| | 理由 |
| を受けましたか？ | いいえ　だったため　病名（　　） ・その他の理由（　　） |
| | 不明　・受けたかわからない |

**※忘れずに記入してください。**

| 定期外健康診断実施 | 実施時期 | 年　月頃 |
|---|---|---|
| | 実施内容 | ツベルクリン反応検査　レントゲン検査、喀痰検査 |

＊下記欄は学校で記入します。

| 接種不明者のBCG接種勧奨 | あり | なし |
|---|---|---|

# 問診調査票

| 問診調査内容 | | 学年 | 中学校 1年 | 2年 | 3年 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 記入日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 質問1 | いままでに結核性の病気にかかったことがありますか？（例：頸部リンパ節結核、肺門炎、肺浸潤、胸膜炎）また、その病名は何ですか？ | | いいえ / はい 年　月頃（　） | いいえ / はい 年　月頃（　） | いいえ / はい 年　月頃（　） |
| 質問2 | いままでに結核の感染を受けたとして、予防…ことがありますか？「はい」の場合、いつ頃ですか？また、その薬の名前は何ですか？ | | | | |
| 質問3 | お子様が生まれてから、家族や同居人で結核…がいますか？「はい」の場合、その人はどなたですか？ | | | | |
| 質問4 | …頃ですか？またその国の名前は何ですか？ | | 年　月頃（　） | 年　月頃（　） | 年　月頃（　） |
| 質問5 | この２週間以上、「咳（せき）」「痰（たん）」が続いていますか？「はい」の場合、医療機関で治療や検査は受けましたか？ | | いいえ / はい 年　月頃 | いいえ / はい 年　月頃 | いいえ / はい 年　月頃 |
| 質問6 | この２週間以上、「熱」が続いていますか？「はい」の場合、医療機関で治療や検査は受けましたか？ | | いいえ / はい 受けた 受けない | いいえ / はい 受けた 受けない | いいえ / はい 受けた 受けない |
| 質問7 | いままでに「喘息（ぜんそく）」や「喘息性気管支炎」などと言われたことがありますか？ | | いいえ / はい | いいえ / はい | いいえ / はい |
| 質問8 | いままでにアレルギー体質だと言われていますか？（例：アトピー性皮膚炎、結膜炎、アレルギー性鼻炎）「はい」の場合、その病名は何ですか？ | | いいえ / はい（　） | いいえ / はい（　） | いいえ / はい（　） |
| 問診票の判定 | | | 要検討・不要 | 要検討・不要 | 要検討・不要 |
| 結核対策委員会の判定 | | | 要精密・不要 | 要精密・不要 | 要精密・不要 |
| 精密検査 | 検査項目 | | ツ反 エックス線（　） | ツ反 エックス線（　） | ツ反 エックス線（　） |
| | 検査結果 | | 異常なし 化学予防 要医療 経過観察 | 異常なし 化学予防 要医療 経過観察 | 異常なし 化学予防 要医療 経過観察 |

**日付の記入漏れが、非常に多くなっております。**
**４月以降に、１年の欄および、左側の枠内をご記入ください。**