

医療機関名	
学校名	
市町村名	
学年	<input type="checkbox"/> 小1 <input type="checkbox"/> 小2 <input type="checkbox"/> 小3 <input type="checkbox"/> 小4 <input type="checkbox"/> 小5 <input type="checkbox"/> 小6 <input type="checkbox"/> 中1 <input type="checkbox"/> 中2 <input type="checkbox"/> 中3
一次検診日	2016 年 月 日 (学校の文書発行日)
受診日(西暦)	2016 年 月 日
ID	
イニシャル	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日(西暦)	年 月 日
身長(cm)	. cm
体重(kg)	. kg

受診理由	<input type="checkbox"/> 側弯の疑い <input type="checkbox"/> 腰の前屈での腰の痛み <input type="checkbox"/> 腰の後屈での腰の痛み <input type="checkbox"/> 片脚立ちができない <input type="checkbox"/> しゃがみこみができない <input type="checkbox"/> 肘が曲がらない、痛みがある <input type="checkbox"/> 両腕が両耳につかない・バンザイができない <input type="checkbox"/> その他の異常・疑い
------	---

検診結果

異常なし 異常あり



(複数の異常があるときは複数にチェックをお願いいたします)

脊椎	<input type="checkbox"/> 側弯症 <input type="checkbox"/> 腰椎分離症・すべり症 <input type="checkbox"/> 椎間板ヘルニア・終板障害等 <input type="checkbox"/> 上記以外の脊椎疾患
上肢	<input type="checkbox"/> 肩関節傷害(野球肩を含む) 野球肩の場合は○をお願いします <input type="checkbox"/> 肘関節傷害(野球肘、テニス肘を含む) 野球肘の場合は○をお願いします <input type="checkbox"/> 手関節傷害(捻挫・骨折等) <input type="checkbox"/> 上肢の拘縮(身体の硬さに由来するような場合) <input type="checkbox"/> 上記以外の上肢の疾患(関節痛を含む)
下肢	<input type="checkbox"/> ペルテス病 <input type="checkbox"/> 大腿骨頭すべり症 <input type="checkbox"/> 發育性股関節形成不全(先天性股関節脱臼) <input type="checkbox"/> オスグッド病・ジャンパー膝 <input type="checkbox"/> 膝半月板損傷・膝靭帯損傷・膝軟骨損傷(離断性骨軟骨炎等) <input type="checkbox"/> シンスプリント <input type="checkbox"/> 脛骨疲労骨折 <input type="checkbox"/> 足関節障害(捻挫・骨折等) <input type="checkbox"/> 踵骨骨端炎 <input type="checkbox"/> 足趾の傷害(外脛骨障害・足趾疲労骨折・扁平足等) <input type="checkbox"/> 下肢の肉ばなれ <input type="checkbox"/> 下肢の拘縮(身体の硬さ由来) <input type="checkbox"/> 上記以外の骨盤・下肢の疾患(原因不明の痛み等) <input type="checkbox"/> 平衡機能障害 <input type="checkbox"/> その他(上記以外の疾患を有すると、疑われる場合)

処置	<input type="checkbox"/> 指導・観察 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 保存療法(リハビリテーションを除く。) <input type="checkbox"/> 装具などを使用する保存療法 <input type="checkbox"/> 手術(手術のための紹介も含む。) <input type="checkbox"/> 他専門医紹介
----	--