

書式 I - 1 指屈筋腱機能評価表

カルテ No. _____ 患者名 _____ (男・女) 年齢 (_____)

利き手 (右・左) _____ 患側 (右・左・両側) _____

診断 _____ 受傷日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検者名 _____ 手術日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

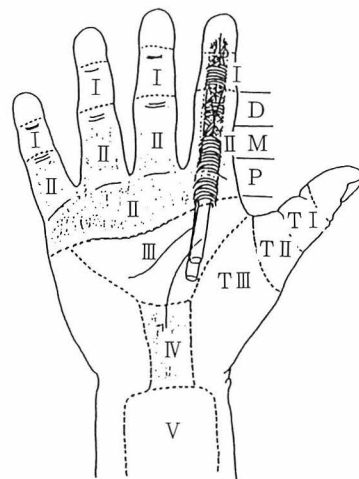
		IP・AM	FPL (%)	MP・AM	TAM	%TAM
母指	患指					
	対側指					

		DIP・AM	FDP (%)	PIP・AM	FDS (%)	TAM	%TAM
示指	患指						
	対側指						
中指	患指						
	対側指						
環指	患指						
	対側指						
小指	患指						
	対側指						

指屈筋腱総合機能

	TAM	対側 TAM	%TAM
母指			
示指			
中指			
環指			
小指			

損傷部位 (○で記入)



最終改善度 (E G F P) 評価基準

- 90%以上 E
- 75%以上 G
- 50%以上 F
- 50%未満 P

(術後 _____ 年 _____ カ月)

Zone II については末梢 $\frac{1}{3}$ (D), 中央 $\frac{1}{3}$ (M), 中枢 $\frac{1}{3}$ (P)の3者に区分する。