

書式XI 神経筋疾患手（CPは除く）の機能評価表

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

利き手 (右・左) _____ 患側 (右・左・両側) _____

診 断 _____ 発 症 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

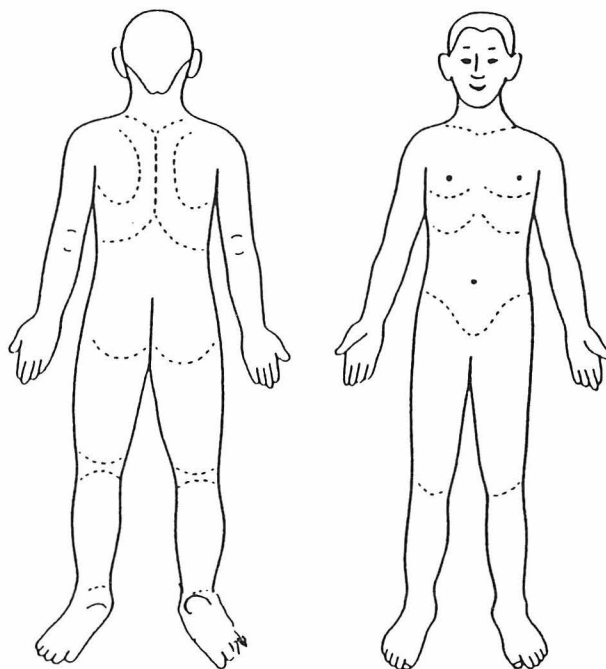
検 査 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 初 診 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検 者 名 _____ 手 術 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

I. 罹患部位

(罹患部位を斜線で示す)

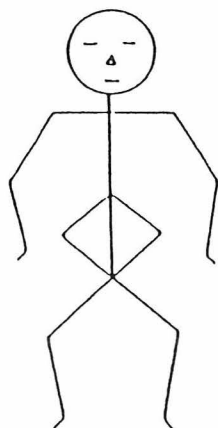
- 上 肢 (右, 左)
- 肩甲帯 (右, 左)
- 下 肢 (右, 左)
- 体 幹 (右, 左)



II. 知覚検査 共通書式 8 (57, 58頁) を使用する.

III. 筋力検査 共通書式 7 (56頁) を使用する.

IV. 反射



- (-) 消失
 - (±) 軽度低下
 - (+) 正常
 - (++) 亢進
 - (+++) 著明な亢進
- 病的反射: 無
 : 有

V. 変形 (無・有)