

書式Ⅻ 循環障害手の機能評価表

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. 職歴 (振動工具など)
 II. 既往歴…乳癌手術, 放射線治療, 糖尿病, 胸郭出口症候群, 外傷
 嗜好品 (アルコール, タバコ)
 III. 現病歴・発症日 (_____)
 IV. 罹患肢 (右・左)
 V. 症 状 (右・左) (右○ 左△ 両側◎で記載する)

	チア ノーゼ*1	冷感*1	熱感*1	浮腫*1	レイノー 症状*2	痛み*1	しびれ*1	壊疽*1
母 指	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++
示 指	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++
中 指	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++
環 指	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++
小 指	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++
手 掌	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	- + ++	
前 腕		- + ++	- + ++	- + ++		- + ++	- + ++	
上 腕				- + ++		- + ++	- + ++	
頸 部						- + ++	- + ++	

*1(-なし, +軽度, ++高度) *2(-なし, +時にある, ++容易に誘発される)

VI. 手指の検査・計測 (労働省認定基準参照)

	右 手					左 手				
	母指	示指	中指	環指	小指	母指	示指	中指	環指	小指
指尖皮膚温 (℃)										
振動覚 (125Hz)										
爪圧迫テスト 灌流遅延 (秒)										
周径 (cm) (指節中央)	末節									
	中節	/				/				
	基節									

カルテ No. _____ 患者名 _____

Ⅶ. 他の検査・計測

	右	左
握力	kg	kg
橈骨動脈拍動	+ ± -	+ ± -
尺骨動脈拍動	+ ± -	+ ± -
肘部動脈拍動	+ ± -	+ ± -
腋窩動脈拍動	+ ± -	+ ± -
Wright テスト	+ ± -	+ ± -
Allen テスト	+ ± -	+ ± -
3分間拳上テスト	+ ± -	+ ± -
手部周径	cm	cm
前腕周径	cm	cm
上腕周径	cm	cm

Ⅷ. X線所見

Ⅸ. 神経学的所見

伝導速度

筋電図

X. 発汗異常部：共通書式9（60頁）を使用する

XI. ADL障害

関節可動域

XII. その他の症状・合併症

	無	有
腰痛		
頭痛		
不眠		
いらいら		
易疲労感		
耳鳴		
動悸		
便秘		

XIII. 特殊検査所見

- A. 冷水負荷テスト
- B. サーモグラフィー
- C. 血管造影
- D. 指尖容積脈波計測
- E. ドップラー血流計測