

書式Ⅻ 手関節障害の機能評価表

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 \_\_\_\_\_

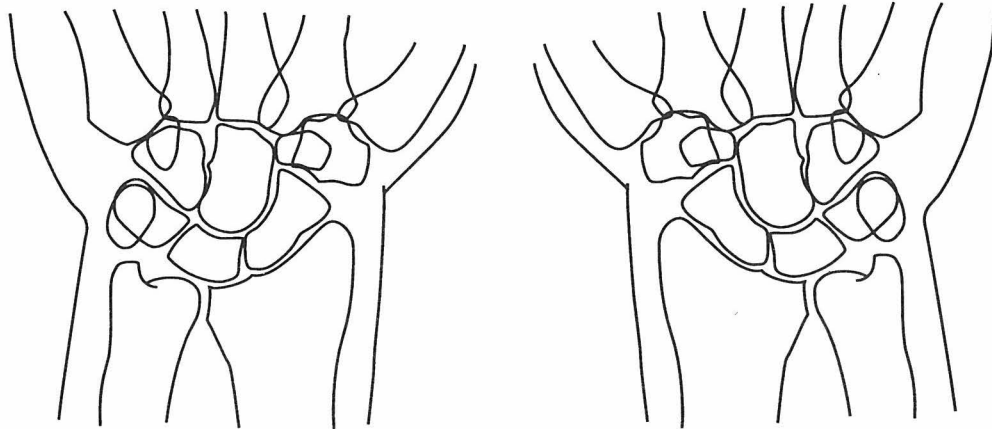
手 術 日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

I. 診断

II. 疼痛

A. 程度 (なし・軽度・中等度・高度)

B. 部位 (図に記入)



III. 可動域, 握力

右 (患側を○で囲む) 左

背 屈	_____	_____
掌 屈	_____	_____
橈 屈	_____	_____
尺 屈	_____	_____
回 外	_____	_____
回 内	_____	_____
握 力*	_____	_____

\*非利き手では計測値に1.07をかけ成績判定する.