

書式VI-1 炎症手の機能評価表

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

利き手 (右・左) _____ 患側 (右・左・両側) _____

診断 _____ 受傷日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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

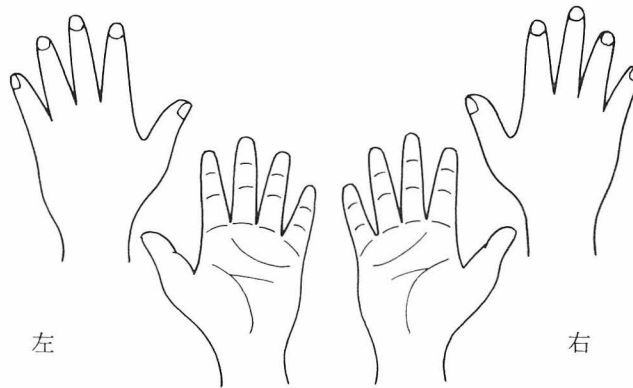
検者名 _____ 手術日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

I. 分類

	化膿性	機械的	TB	退行性	その他
急性					
慢性					

II. 部位

(炎症部位を記入)



III. 軟部組織

創：瘻孔・潰瘍・肉芽・感染手術創

皮膚：正常・瘢痕・移植皮膚

炎症：発赤・腫脹・熱感・疼痛・軋音

腫瘍：皮下・母指腔・後母指内転筋腔・中央掌腔・指間腔・パロナ腔・橈側滑膜鞘・尺側滑膜鞘

弾発現象：無・有

知覚：正常・鈍麻・過敏

指先の血行障害：無・有

爪の変形：無・有

手関節変形：橈屈・尺屈・掌屈

IV. 可動域の計測：共通書式 1. 2 (49, 50頁) を使用する。