

書式Ⅶ-1 母指多指症の機能評価表

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

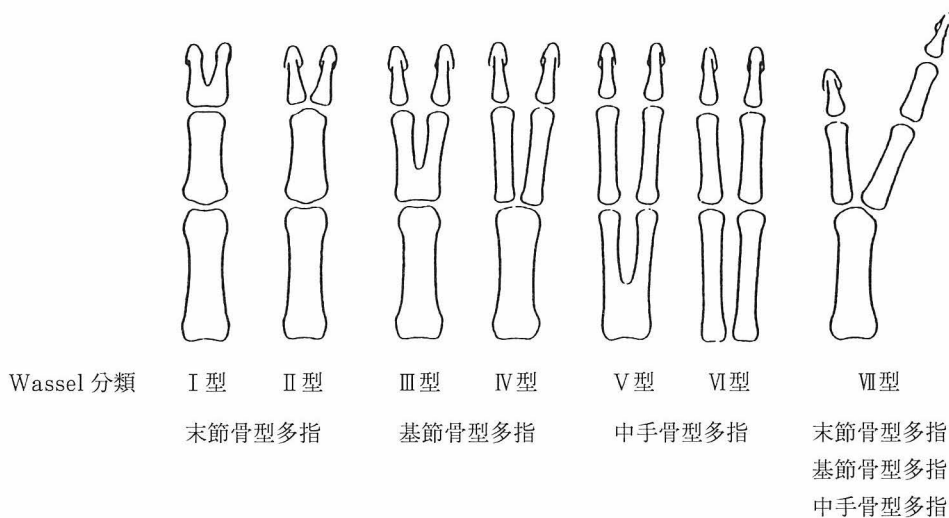
利き手 (右・左) _____ 患側 (右・左・両側) _____

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

検者名 _____ 手術日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

I. 術前後の形態と切除部位 (術後は切除部および矯正骨切り部に斜線を入れて記入する)

X 線上の構成指骨数と分岐部による分類, なお外表形態 (爪, 合指など) は下図に記入する



II. 術後の機能評価

A. 関節の不安定性

1. IP 関節 無 有 (橈側・尺側)

MP 関節 無 有 (橈側・尺側)

B. 変形

1. IP 関節 無 有 (橈屈変形, 尺屈変形, 回旋変形)

2. MP 関節 無 有 (橈屈変形, 尺屈変形, 回旋変形)

C. 爪

左 右

1. 爪甲の幅 _____ mm _____ mm

爪甲の長さ _____ mm _____ mm

2. 爪甲変形, 偏位, 縦線形成, 稜線形成

3. 爪郭変形

D. 関節可動域

共通書式 2 (50頁) を用いる.