

書式Ⅶ-2 合指症の機能評価表

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

利き手 (右・左) _____ 患側 (右・左・両側) _____

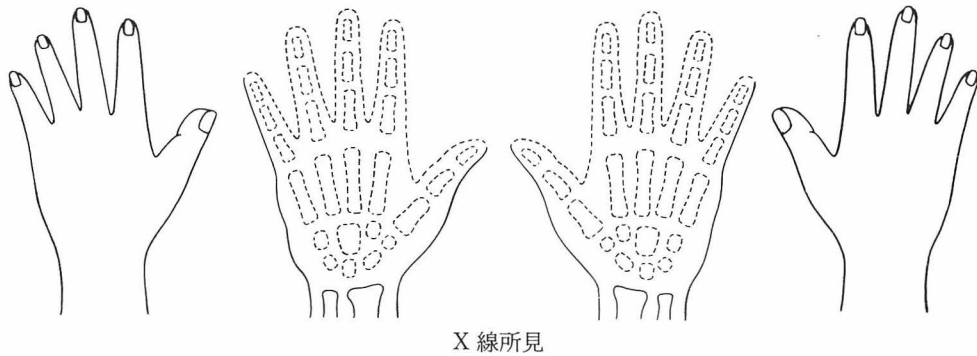
検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検者名 _____ 手術日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

I. 形態的分類

- A. 合指の部位およびレベル (図に記入する) (完全, 不完全)
- B. (皮膚性, 骨性) の別 (図に記入する)
- C. 爪の癒合 (図に記入する)

骨性合指がある場合は, その X 線所見を記入する.



II. 指間水かき (web) 形成

- A. 無 B. 有 指間

左				右			
母/示	示/中	中/環	環/小	母/示	示/中	中/環	環/小

III. 瘢痕拘縮

- A. 無 B. 有 指間別 (母/示 示/中 中/環 環/小)
- 指別 (母, 示, 中, 環, 小)

IV. 植皮片の色素沈着

- A. 無 B. 有 (軽度, 中等度, 高度)

V. 爪の変形

- A. 無 B. 有 (母, 示, 中, 環, 小)

VI. 関節可動域: 共通書式 2 (50頁)

手, 指の大きさ, 太さは共通書式 3 (51頁) を使用する