

書式Ⅶ-8 巨指症の機能評価表

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

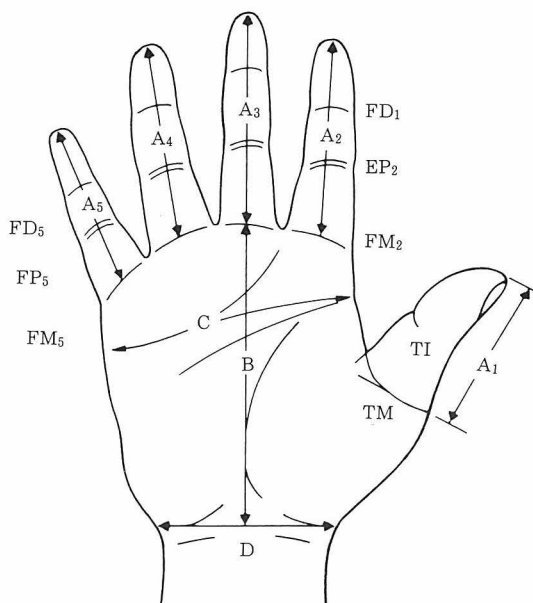
検査者名 _____ 手術日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

I. A. 手に限局

B. 症候群に伴う (解説参照)

術前後共通

	左	右
A ₁	_____ cm	_____ cm
A ₂	_____ cm	_____ cm
A ₃	_____ cm	_____ cm
A ₄	_____ cm	_____ cm
A ₅	_____ cm	_____ cm
A ₃ +B	_____ cm	_____ cm
C	_____ cm	_____ cm
TM	_____ cm	_____ cm
TI	_____ cm	_____ cm
FD ()	_____ cm	_____ cm
FP ()	_____ cm	_____ cm
FM ()	_____ cm	_____ cm
FD ()	_____ cm	_____ cm
FP ()	_____ cm	_____ cm
FM ()	_____ cm	_____ cm



II. 機能評価 (術後)

- A. 骨・関節の状態 合指症の項 (21頁) 参照
- B. 肥大の進行程度 急速 , 緩徐
- C. 皮膚・爪の状態
- D. 関節可動域 : 共通書式 2 (50頁) を使用する
- E. 手の基本的動作 : 共通書式 5 (53, 54頁) を使用する