

書式Ⅶ-9 先天性握り母指（CPは除く）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. 形態的分類

A. 関節可動域 (MP 関節)

	自動		他動	
	左	右	左	右
伸展/屈曲	/	/	/	/

B. 皮膚性拘縮の有無

1. 無
2. 有

C. 伸筋腱形成不全の有無

1. 無
2. 有

診断の根拠:

3. 不明

D. X線所見の異常の有無

1. 無
2. 有

E. 変形の状態

CM 関節 内転位 無, 有 (軽, 中, 高)

MP 関節 屈曲位 無, 有 (軽, 中, 高)

IP 関節 屈曲位 無, 有 (軽, 中, 高)

F. 合併疾患

風車翼状手 アルトログリポース

その他

II. 術後機能評価

- A. 骨・関節の状態: 母指多指症の項 (19頁) 参照
- B. 皮膚の状態: 母指多指症の項 (19頁) 参照
- C. 手の基本的動作: 共通書式 5 (53頁) を使用する
- D. 関節可動域: 共通書式 2 (50頁) を使用する