

共通書式 8 知覚検査

カルテ No. _____

患者名 _____ (男・女)

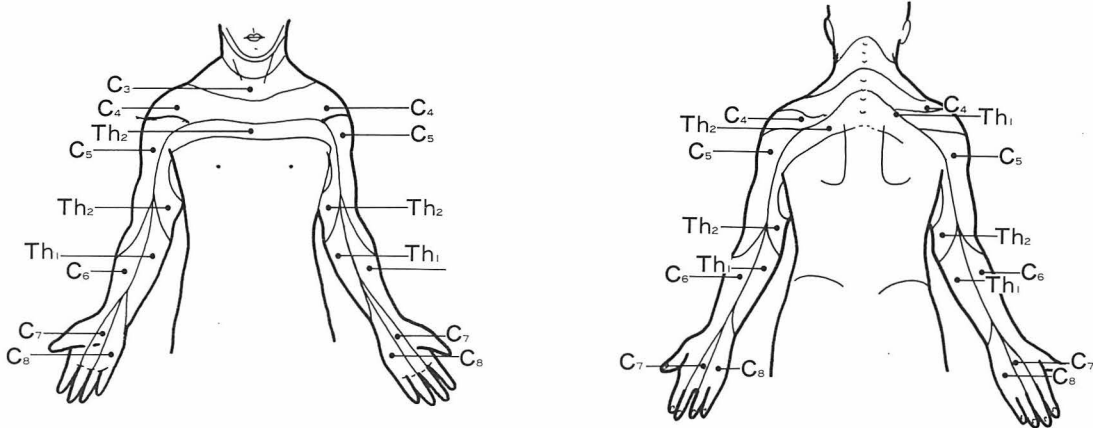
利き手 (右・左)

診 断 _____

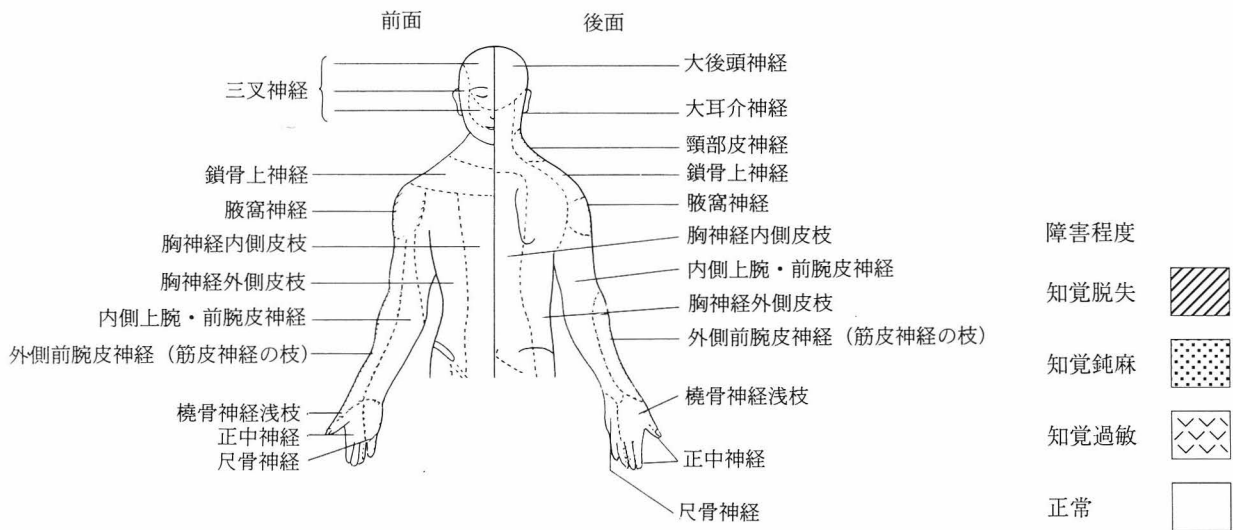
検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査者名 _____

I. 知覚機能 (支配領域別)



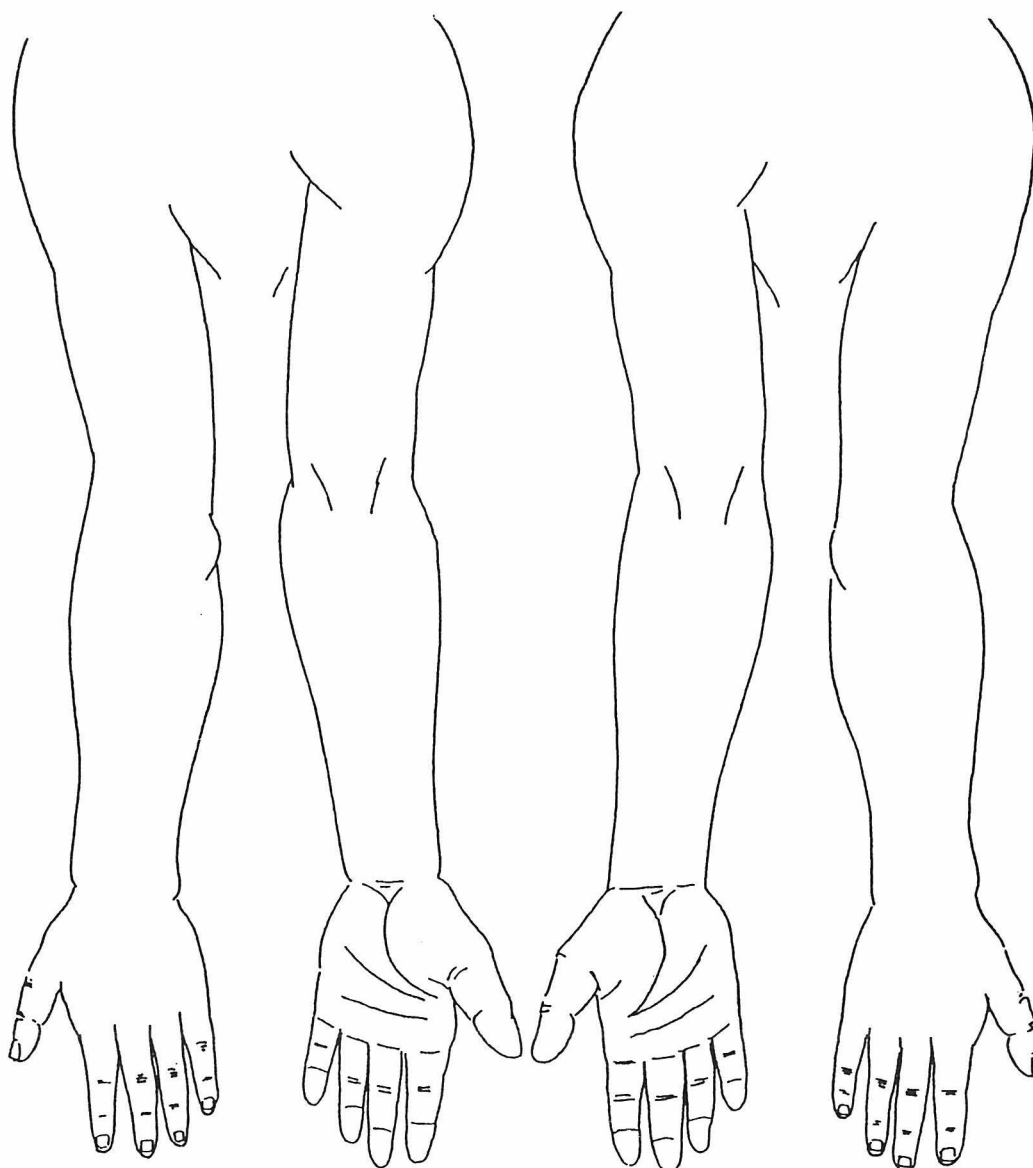
(Foerster)



カルテ No. _____ 患者名 _____

II. 知覚機能評価 (固有支配領域)

		計測値						
正中神経	moving-2PD	mm	S0	S1	S2	S3	S4	
	static-2PD	mm						
	Semmes-Weinstein							P
尺骨神経	moving-2PD	mm	S0	S1	S2	S3	S4	
	static-2PD	mm						
	Semmes-Weinstein							P
橈骨神経	moving-2PD	mm	S0	S1	S2	S3	S4	
	static-2PD	mm						
	Semmes-Weinstein							P



左

右

障害程度 知覚脱失  知覚鈍麻  知覚過敏  正常 