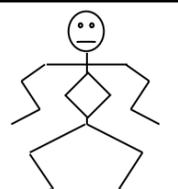
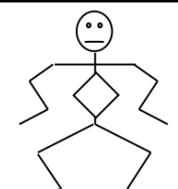
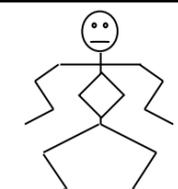
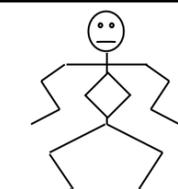
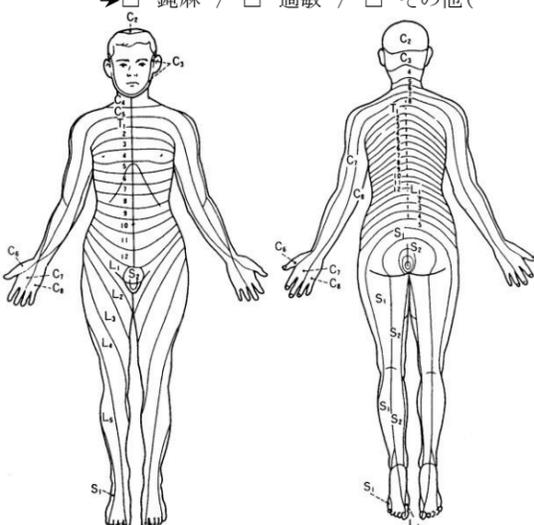
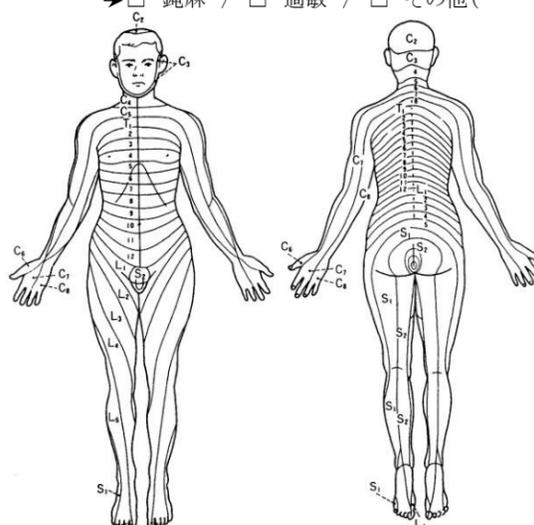
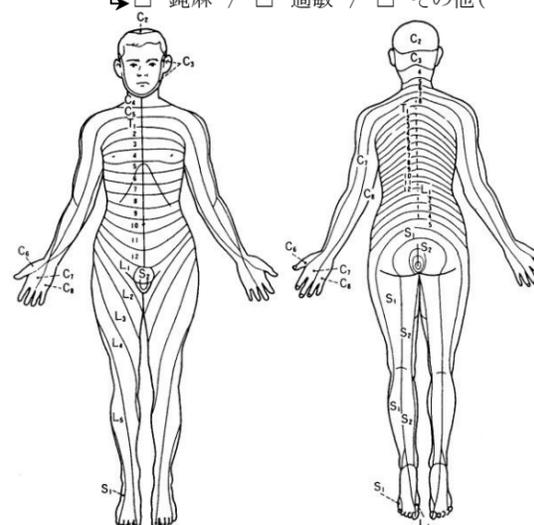
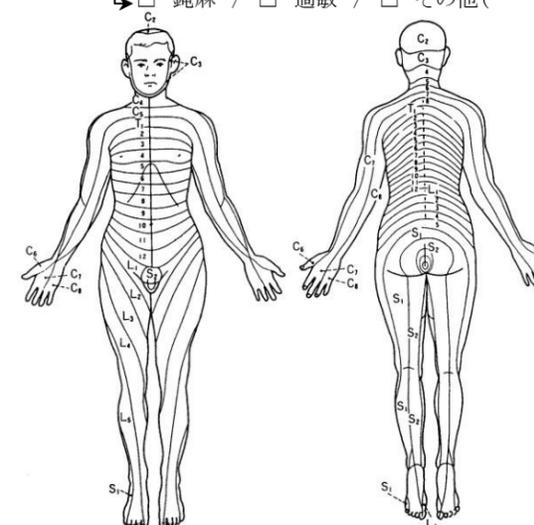


貴院における症状・所見の推移について、下表にご教示賜りますようお願いいたします。

	年 月 日			年 月 日			年 月 日			年 月 日		
具体的症状		
(膀胱直腸障害)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()		
腱反射	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (右図にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 未施行			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (右図にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 未施行			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (右図にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 未施行			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (右図にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 未施行		
												
病的反射	検査名	右	左	検査名	右	左	検査名	右	左	検査名	右	左
		(+・±・-)	(+・±・-)		(+・±・-)	(+・±・-)		(+・±・-)	(+・±・-)		(+・±・-)	(+・±・-)
筋力 (MMT)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(以下にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 未施行			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(以下にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 未施行			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(以下にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 未施行			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(以下にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 未施行		
	筋の名称	右	左	筋の名称	右	左	筋の名称	右	左	筋の名称	右	左
	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
(握力)	右()kg 左()kg		右()kg 左()kg		右()kg 左()kg		右()kg 左()kg					
筋萎縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(程度・周径を以下にご記載下さい)			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(程度・周径を以下にご記載下さい)			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(程度・周径を以下にご記載下さい)			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(程度・周径を以下にご記載下さい)		
		右	左		右	左		右	左		右	左
	上腕	cm	cm	上腕	cm	cm	上腕	cm	cm	上腕	cm	cm
	前腕	cm	cm	前腕	cm	cm	前腕	cm	cm	前腕	cm	cm
	小手筋	(+++・++・±・-)	(+++・++・±・-)	小手筋	(+++・++・±・-)	(+++・++・±・-)	小手筋	(+++・++・±・-)	(+++・++・±・-)	小手筋	(+++・++・±・-)	(+++・++・±・-)
	大腿	cm	cm	大腿	cm	cm	大腿	cm	cm	大腿	cm	cm
	下腿	cm	cm	下腿	cm	cm	下腿	cm	cm	下腿	cm	cm
知覚障害	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(下図にご記載ください) <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 鈍麻 / <input type="checkbox"/> 過敏 / <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(下図にご記載ください) <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 鈍麻 / <input type="checkbox"/> 過敏 / <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(下図にご記載ください) <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 鈍麻 / <input type="checkbox"/> 過敏 / <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(下図にご記載ください) <input type="checkbox"/> 未施行 <input type="checkbox"/> 鈍麻 / <input type="checkbox"/> 過敏 / <input type="checkbox"/> その他()		
												
その他の所見	検査名	右	左	検査名	右	左	検査名	右	左	検査名	右	左
	Jackson test			10秒テスト	回	回	Jackson test			10秒テスト	回	回
	Spurling test						Spurling test					
	SLR						SLR					
	FNST						FNST					

<ご記入にあたって>

- 各種検査において、左右ともに計測している場合には、左右双方についてご記載下さい。
- 経時的に所見の変化が認められない場合は、「左に同じ」「変化なし」等、ご記載下さい。
- 筋電図検査・神経伝導速度測定検査の施行がありましたら、検査結果等をご提出ください。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

診療科 _____

医師名 _____

印 _____