

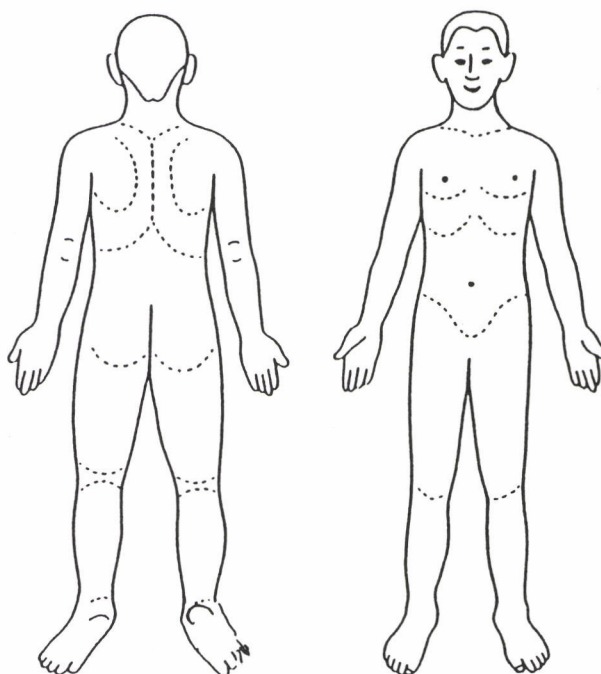
書式XI 神経筋疾患手（脳性麻痺は除く）の機能評価表

カルテNo. (ID)	氏名		男・女	年齢	利き手	右・左	患側	右・左・両側	
				歳					
診断名									
検者名	(医師・OT・PT)	検査日	年	月	日	初診日	年	月	日
		発症日	年	月	日	手術日	年	月	日

I. 罹患部位

(罹患部位を斜線で示す)

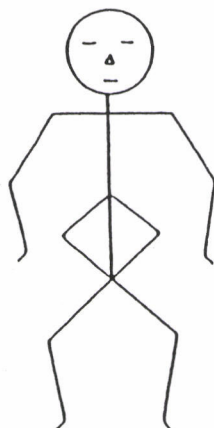
- 上肢 (右・左)
- 肩甲帯 (右・左)
- 下肢 (右・左)
- 体幹 (右・左)



II. 知覚検査 共通書式8 (P77, 78) を使用する.

III. 筋力検査 共通書式7 (P56) を使用する.

IV. 反射



- (-) 消失
- (±) 軽度低下
- (+) 正常
- (++) 亢進
- (+++) 著明な亢進

病的反射：無・有 ()

V. 変形 (無・有)

