

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"/> 亢進 ++ <input type="checkbox"/> 正常 + <input type="checkbox"/> 低下 ± <input type="checkbox"/> 消失 - <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 <input type="checkbox"/> 未施行 (以下にご記載下さい)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 未施行 (以下にご記載下さい)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 未施行 (以下にご記載下さい)			<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 未施行 (以下にご記載下さい)					
	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			
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 (下図にご記載下さい) <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 (下図にご記載下さい) <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 (下図にご記載下さい) <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 (下図にご記載下さい) <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	Jackson test		10秒テスト	回	回	Jackson test		10秒テスト	回	回	Jackson test		10秒テスト	回	回
Spurling test	Spurling test					Spurling test					Spurling test				
SLR, FNST	SLR					SLR					SLR				
10秒テスト等	FNST					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。

年 月 日

医療機関名
診療科
医師名