

膝関節の動揺性についての所見

(受診者名 様 昭和 年 月 日生)

1. 初診時の歩行状態についてご教示下さい。(〇印で囲んで下さい。)

- イ. 歩行は正常であった。
- ロ. 歩行は正常であったが、軽度の跛行を認めた。
- ハ. 歩行は正常であったが、高度の跛行を認めた。
- ニ. 荷重歩行は全く不可能であった。

2. 初診時において関節血症はありましたでしょうか。(〇印で囲んで下さい。)

- イ. 有 → 穿刺にて、_____ c cの出血を確認
- ロ. 有 → 穿刺は施行せず
- ハ. 無

3. 下肢の筋萎縮の程度についてご教示下さい。下表にご記入願います。

	右	左
大 腿 周 径	_____ c m	_____ c m
	膝蓋骨の上 _____ c mのところ測定	
下 腿 周 径 □にチェック願います	_____ c m	_____ c m
	<input type="checkbox"/> 膝蓋骨の下 _____ c mのところ測定 <input type="checkbox"/> 下腿の一番太いところ測定	

4. 膝関節の可動領域についてご教示下さい。

	運動種類	他 動		自 動	
		右	左	右	左
初 診 時 年 月 日	屈 曲	_____ 度	_____ 度	_____ 度	_____ 度
	伸 展				
最 終 診 断 日 年 月 日	屈 曲				
	伸 展				

5. 膝関節の動揺性の方向、その具体的程度をご教示下さい。

(1) 前後方向 (健側に比して〇〇mm程度)

(2) 内反・外反方向 (健側に比して〇〇° 程度)

6. ストレスX-Pをお貸し下さい。
また、不安定性測定機器 (KT2000など) の測定データがございましたらお貸し下さい。

7. 参考までに、症状固定時における装具の装用についてご教示下さい。
(□にチェック願います。)

- 軟性
- 硬性 → (膝関節が動く装具 膝関節を固定する装具)

装具の名称についてご教示下さい。()

平成 年 月 日 医療機関名

診療科目

医師名

印