神経学的所見の推移について　　　（受診者名　　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日生）

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) | | * 無　　　□　有　（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | * 無　　　□　有　（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | * 無　　　□　有　（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | * 無　　　□　有　（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 神経学的所見 | 腱反射  亢進　++  正常　＋  低下　±  消失　－ | * 正常 * 異常 （右図にご記載下さい） * 未施工 | | | | | | | * 正常 * 異常 （右図にご記載下さい） * 未施工 | | | | | | | * 正常 * 異常 （右図にご記載下さい） * 未施工 | | | | | | | | * 正常 * 異常 （右図にご記載下さい） * 未施工 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 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）  ゼロ　0  不可　1  可　　2  良　　3  優　　4  正常　5 | * 正常　　□　異常　　　　　　　　　　　　　□　未施工   　　　　　　　（以下にご記載下さい） | | | | | | | * 正常　　□　異常　　　　　　　　　　　　　□　未施工   　　　　　　（以下にご記載下さい） | | | | | | | * 正常　　□　異常　　　　　　　　　　　　　□　未施工   　　　　　　（以下にご記載下さい） | | | | | | | | * 正常　　□　異常　　　　　　　　　　□　未施工   　　　　（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 | 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 | * 無　　　□　有　　（程度・周径を以下にご記載下さい） | | | | | | | * 無　　　□　有　　（程度・周径を以下にご記載下さい） | | | | | | | * 無　　　□　有　　（程度・周径を以下にご記載下さい） | | | | | | | | 無　　　□　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 | | ㎝ | | ㎝ | | 上腕 | | ㎝ | | ㎝ | | 上腕 | | ㎝ | | | ㎝ | | 上腕 | | ㎝ | | | ㎝ | |  |  | | | | | | |
| 前腕 | | ㎝ | | ㎝ | | 前腕 | | ㎝ | | ㎝ | | 前腕 | | ㎝ | | | ㎝ | | 前腕 | | ㎝ | | | ㎝ | |  |  | | | | | | |
| 小手筋 | | (++・＋・±・－) | | (++・＋・±・－) | | 小手筋 | | (++・＋・±・－) | | (++・＋・±・－) | | 小手筋 | | (++・＋・±・－) | | | (++・＋・±・－) | | 小手筋 | | (++・＋・±・－) | | | (++・＋・±・－) | |  |  | | | | | | |
| 大腿 | | ㎝ | | ㎝ | | 大腿 | | ㎝ | | ㎝ | | 大腿 | | ㎝ | | | ㎝ | | 大腿 | | ㎝ | | | ㎝ | |  |  | | | | | | |
| 下腿 | | ㎝ | | ㎝ | | 下腿 | | ㎝ | | ㎝ | | 下腿 | | ㎝ | | | ㎝ | | 下腿 | | ㎝ | | | ㎝ | |  |  | | | | | | |
| 知覚障害  ■触覚  ■痛覚 | □　正常　　□　異常（下図にご記載下さい）　□　未施工  　　　　　　　↳　□鈍麻/　□過敏/　□その他（　　　　　　） | | | | | | | □　正常　　□　異常（下図にご記載下さい）　□　未施工  　　　　　　　↳　□鈍麻/　□過敏/　□その他（　　　　　　） | | | | | | | □　正常　　□　異常（下図にご記載下さい）　□　未施工  　　　　　　　↳　□鈍麻/　□過敏/　□その他（　　　　　　） | | | | | | | |
| その他の所見  Jackson test  Spurling test  SLR,FNST  10秒テスト等 | | 検査名 | 右 | 左 | | 検査名 | 右 | 左 | 検査名 | 右 | 左 | | 検査名 | 右 | 左 | 検査名 | 右 | 左 | | 検査名 | | 右 | 左 | 検査名 | 右 | 左 | | | 検査名 | 右 | 左 |  | | 右 | | | | | 左 | | |
| Jackson test |  |  | | 10秒テスト |  |  | Jackson test |  |  | | 10秒テスト |  |  | Jackson test |  |  | | 10秒テスト | |  |  | Jackson test |  |  | | | 10秒テスト |  |  |  | |  | | | | |  | | |
| Spurling test |  |  | |  |  |  | Spurling test |  |  | |  |  |  | Spurling test |  |  | |  | |  |  | Spurling test |  |  | | |  |  |  |  | |  | | | | |  | | |
| SLR |  |  | |  |  |  | SLR |  |  | |  |  |  | SLR |  |  | |  | |  |  | SLR |  |  | | |  |  |  |  | |  | | | | |  | | |
| FNST |  |  | |  |  |  | FNST |  |  | |  |  |  | FNST |  |  | |  | |  |  | FNST |  |  | | |  |  |  |  | |  | | | | |  | | |

<ご記入にあたって>

1. 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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　　年　　　月　　　日　　　　　医療機関名
2. 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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科
3. 筋電図検査・神経伝導速度測定検査の施工がありましたら、検査結果等をご提出ください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名