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 testSpurling testSLR,FNST10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