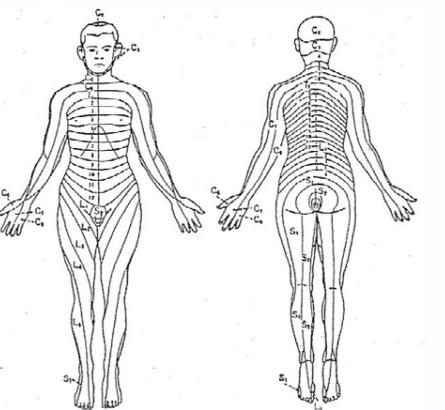
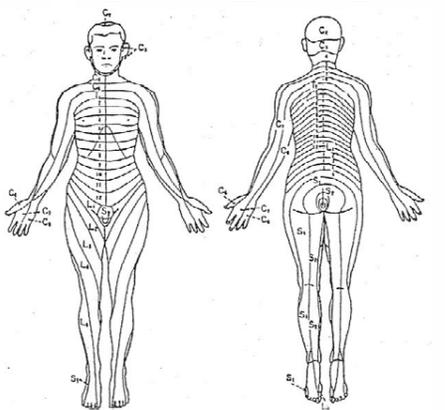
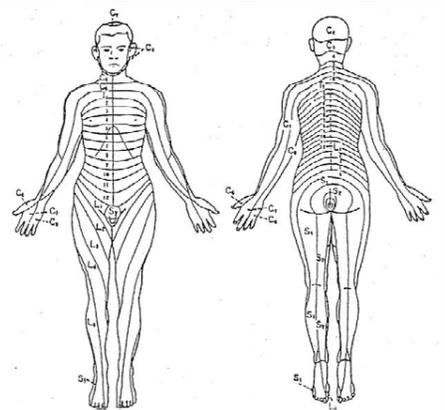
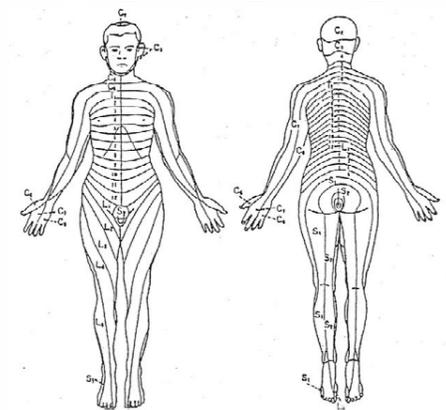


貴院における症状・所見の推移について、下表にご教示賜りますようお願いいたします。

	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"/> 正常			<input type="checkbox"/> 正常			<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"/> 異常 (右図にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 未施行		<input type="checkbox"/> 異常 (右図にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 未施行		<input type="checkbox"/> 異常 (右図にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 未施行		<input type="checkbox"/> 異常 (右図にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 未施行		<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	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 未施行		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 未施行		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 未施行		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 未施行		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 未施行		<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 未施行					
	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						
	<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)		<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)					
筋萎縮		右	左		右	左		右	左		右	左					
	上腕	cm	cm	上腕	cm	cm	上腕	cm	cm	上腕	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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 鈍麻/ <input type="checkbox"/> 過敏/ <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 鈍麻/ <input type="checkbox"/> 過敏/ <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 鈍麻/ <input type="checkbox"/> 過敏/ <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 鈍麻/ <input type="checkbox"/> 過敏/ <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 鈍麻/ <input type="checkbox"/> 過敏/ <input type="checkbox"/> その他()		<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	検査名	右	左		
	Jackson test			10秒テスト	回	回	Jackson test			10秒テスト	回	回	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						Spurling test						Spurling test					
SLR, FNST						SLR						SLR					
SLR						SLR						SLR					
10秒テスト等						FNST						FNST					
FNST						FNST						FNST					

神経学的所見

触覚
痛覚



〈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。
 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。
 3. 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。