

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"/> 異常 (右図にご記載下さい) <input type="checkbox"/> 低下 ± <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	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	<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)
	上腕 cm 右 左	上腕 cm 右 左	上腕 cm 右 左	上腕 cm 右 左
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	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	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, 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。

平成 年 月 日

医療機関名  
診療科  
医師名