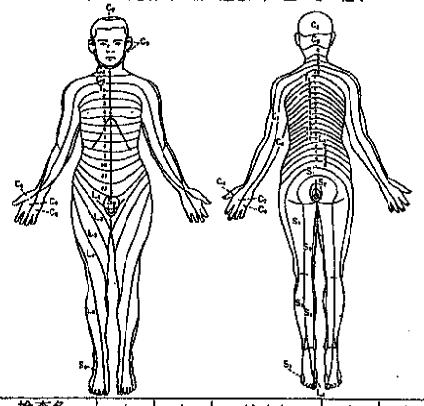
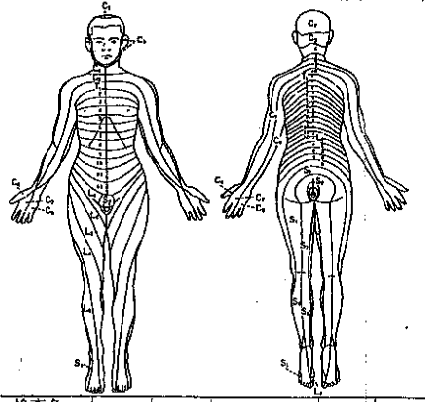
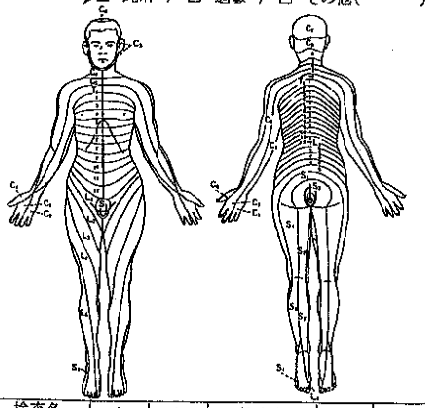
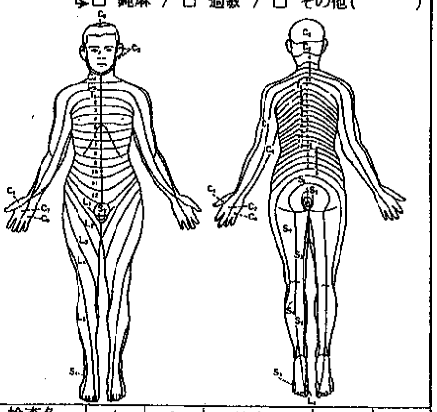
別紙

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） □ 未施行	□ 正常 □ 異常 （右図にご記載下さい） □ 未施行	□ 正常 □ 異常 （右図にご記載下さい） □ 未施行	□ 正常 □ 異常 （右図にご記載下さい） □ 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） ゼロ 0 不可 1 可 2 良 3 優 4 正常 5	□ 正常　□ 異常（以下にご記載下さい）　□ 未施行 筋の名称 / 右 / 左 / 筋の名称 / 右 / 左	□ 正常　□ 異常（以下にご記載下さい）　□ 未施行 筋の名称 / 右 / 左 / 筋の名称 / 右 / 左	□ 正常　□ 異常（以下にご記載下さい）　□ 未施行 筋の名称 / 右 / 左 / 筋の名称 / 右 / 左	□ 正常　□ 異常（以下にご記載下さい）　□ 未施行 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） 右 / 左 上腕 cm / cm 前腕 cm / cm 小手筋 (++・+・±・−) / (++・+・±・−) 大腿 cm / cm 下腿 cm / cm	□ 無　□ 有（程度・周径を以下にご記載下さい） 右 / 左 上腕 cm / cm 前腕 cm / cm 小手筋 (++・+・±・−) / (++・+・±・−) 大腿 cm / cm 下腿 cm / cm	□ 無　□ 有（程度・周径を以下にご記載下さい） 右 / 左 上腕 cm / cm 前腕 cm / cm 小手筋 (++・+・±・−) / (++・+・±・−) 大腿 cm / cm 下腿 cm / cm	□ 無　□ 有（程度・周径を以下にご記載下さい） 右 / 左 上腕 cm / cm 前腕 cm / cm 小手筋 (++・+・±・−) / (++・+・±・−) 大腿 cm / cm 下腿 cm / cm
知覚障害 触覚 痛覚	□ 正常　□ 異常（下図にご記載ください）　□ 未施行 □ 鈍麻 / □ 過敏 / □ その他（　） 	□ 正常　□ 異常（下図にご記載ください）　□ 未施行 □ 鈍麻 / □ 過敏 / □ その他（　） 	□ 正常　□ 異常（下図にご記載ください）　□ 未施行 □ 鈍麻 / □ 過敏 / □ その他（　） 	□ 正常　□ 異常（下図にご記載ください）　□ 未施行 □ 鈍麻 / □ 過敏 / □ その他（　） 
その他の所見	検査名 / 右 / 左 / 検査名 / 右 / 左 Jackson test / / / 10秒テスト / 回 / 回 Spurling test SLR FNST	検査名 / 右 / 左 / 検査名 / 右 / 左 Jackson test / / / 10秒テスト / 回 / 回 Spurling test SLR FNST	検査名 / 右 / 左 / 検査名 / 右 / 左 Jackson test / / / 10秒テスト / 回 / 回 Spurling test SLR FNST	検査名 / 右 / 左 / 検査名 / 右 / 左 Jackson test / / / 10秒テスト / 回 / 回 Spurling test SLR FNST

Jackson test
Spurling test
SLR、FNST
10秒テスト等

<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。

平成　年　月　日

医療機関名

診療科

医師名　　印