

頸椎疾患 予診票

令和 年 月 日 AM・PM

(氏名)	歳	男・女
------	---	-----

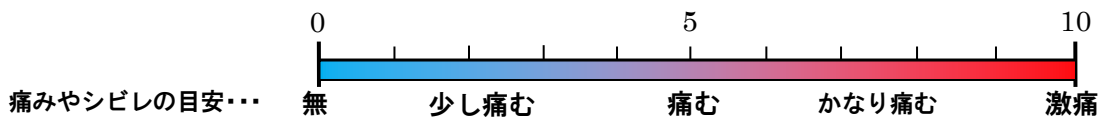
ID=

回答者
本人・その他

職業

- 気になるのは 痛み シビレ 両方
- それはいつからですか？ ()から
- 体のどこかに、力の入りにくいところがありますか？ 有・・・部位() なし
- 手を思うように動かしにくいことはありますか？ 有(右・左) なし
- 歩くときや階段を降りるときに、足元がおぼつかないときはありますか？ 有 なし
- 痛みやシビレの程度はどのくらいですか？

「0」を痛み・シビレがない状態、「10」をこれ以上ないほどの痛みやシビレとしたとき、
これぐらいと思うところに○をつけてください。



こから下は診察時に記録しますので、ご記入は不要です。

Xp)	MRI)	

Neck ROM		
Flex. ()	MMT R L	
Ext. ()	Delt. () ()	
R L	Bic. () ()	
Rot. () ()	BR () ()	
Bend. () ()	Tric. () ()	
	ADM () ()	
reflex R L	IlioPs. () ()	
BTR () ()	Quad. () ()	
RR () ()	Gl.Med. () ()	
TTR () ()	TA () ()	
PTR () ()	Gast.C. () ()	
ATR () ()		
GR () ()	HG kg () ()	