

(部位)

のRSD症状についての所見

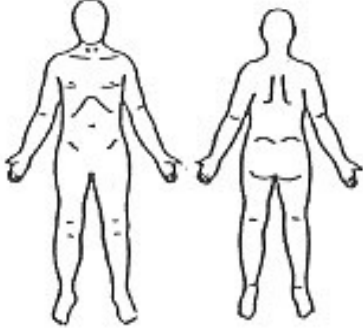
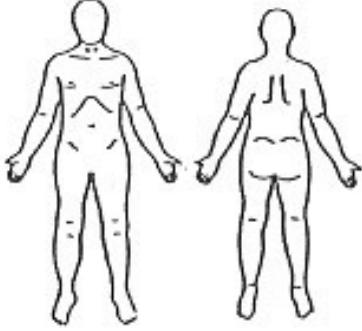
(患者

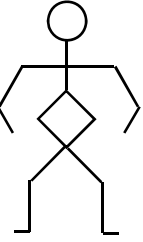
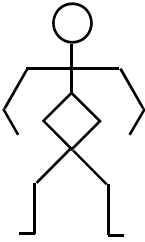
殿

年

月

日生)

照会事項		ご回答欄	
診断日		平成 年 月 日	平成 年 月 日
疼 痛	自発痛 (性状)	有・無 ()	有・無 ()
	運動痛 (性状)	有・無 ()	有・無 ()
	圧痛 (性状)	有・無 ()	有・無 ()
	その他 特記事項		
感 覚 障 害	右図に記入して 下さい。 圧痛については ×印で記入して 下さい。		
	腫張 (程度)	有・無 強・中・弱	有・無 強・中・弱
皮 膚 状 態	発赤	有・無	有・無
	蒼白	有・無	有・無
	チアノーゼ	有・無	有・無
	皮膚温	上昇・普通・低下	上昇・普通・低下
	その他 特記事項		
発汗異常	有・無	有・無	
サーモグラフィー所見	有・無	有・無	
発汗テスト所見	有・無	有・無	
筋電図所見	有・無	有・無	
骨萎縮	重度・中度・軽度・無	重度・中度・軽度・無	

照会事項		ご回答欄							
筋力低下 (MMT)		有・無 ()				有・無 ()			
筋萎縮 (周径差)		有・無 ()				有・無 ()			
反 射 (腱反射) (病的反射)									
関 節 拘 縮 可 動 域 制 限	関節名	運動名	他動	自動	関節名	運動名	他動	自動	
			右	左	右	左	右	左	
その他参考意見が あれば、ご教示くだ さい。									

平成 年 月 日 医療機関名
住 所
医師名(診療科目)

印