

# 手関節・手部の整形外科テスト記録シート

※本紙は記録用です。症状の整理、確認テスト、共有事項を1枚で残せます。

患者 ID		評価日	
評価者		主症状・部位／患側	

## 評価前に固定する6点セット（再評価の再現性）

固定項目	チェック（固定できたら□に✓）	メモ
主症状の部位	<input type="checkbox"/> 母指側 <input type="checkbox"/> 尺側 <input type="checkbox"/> 手掌側 <input type="checkbox"/> 背側	
しびれの分布	<input type="checkbox"/> 正中 <input type="checkbox"/> 尺骨 <input type="checkbox"/> なし	
増悪動作	<input type="checkbox"/> 把持 <input type="checkbox"/> つまみ <input type="checkbox"/> 尺屈 <input type="checkbox"/> 回内外 <input type="checkbox"/> 荷重	
外傷歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 捻り <input type="checkbox"/> 不明	
比較条件	<input type="checkbox"/> 左右差 <input type="checkbox"/> 安静時 <input type="checkbox"/> 動作時 <input type="checkbox"/> 同一姿勢	
記録の主語	<input type="checkbox"/> 部位 <input type="checkbox"/> 分布 <input type="checkbox"/> 再現条件 <input type="checkbox"/> 所要時間	

## 症状別の確認記録（判定＋根拠メモ）

確認項目	目安	判定	根拠メモ（短文）
CTS（Phalen）	正中神経領域のしびれ再現	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	
CTS（Durkan）	圧迫で分布が再現	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	
ドケルバン	母指側痛が再現	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	
尺側手関節痛	部位＋負荷で再現	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	
舟状骨周囲	外傷歴＋圧痛の確認	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	
神経・循環所見	増悪や異常の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
優先仮説			

## 再評価メモ（条件差・共有事項・次の一手）
