

手根管症候群（CTS）評価・記録シート

患者 ID	評価日	評価者	場所

1. 最初に確認すること（赤旗・前提）

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 母指球萎縮・母指対立低下が明らか | <input type="checkbox"/> しびれが日中も持続し強い |
| <input type="checkbox"/> 頸部運動で上肢広範囲に放散 | <input type="checkbox"/> 糖尿病・透析・妊娠など背景因子 |
| <input type="checkbox"/> 夜間症状・起床時しびれあり | <input type="checkbox"/> 作業姿勢・反復把持で増悪 |

2. CTS 評価 5 分フロー

順番	確認	見ること	記録メモ
1	分布	母指～中指、環指橈側のしびれ	どの指が困るか：_____
2	夜間	夜間・早朝に悪化、手を振ると軽減	夜間覚醒： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 起床時： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
3	誘発	把持、手関節屈曲・伸展で再現	増悪作業：_____
4	テスト	Phalen / Durkan / Tinel を必要最小限で確認	保持時間・再現部位：_____
5	感覚・運動	触覚左右差、母指対立、母指球萎縮	代償・ADL 困難：_____

3. 保存療法と再評価（実施した内容を残す）

領域	実施・調整	反応	次回メモ
スプリント	<input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 日中 角度：中間位 / その他	夜間症状： <input type="checkbox"/> 軽減 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化	装着感・角度：_____
活動調整	減らす作業：把持 / 屈曲位 / 振動 / その他	作業後しびれ： <input type="checkbox"/> 軽減 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化	残る誘発動作：_____
滑走	<input type="checkbox"/> 正中神経 <input type="checkbox"/> 腱滑走回数：____回	数時間残る症状： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	量の調整： <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 中止
機能	つまみ / 巧緻 / ADL 課題：_____	できる動作・困る動作：_____	再評価課題：_____

4. 鑑別・紹介判断 / 自由記載

<p>鑑別・紹介判断</p> <p><input type="checkbox"/> 頸椎由来も疑う</p> <p><input type="checkbox"/> 回内筋部も確認</p> <p><input type="checkbox"/> 尺骨神経領域も確認</p> <p><input type="checkbox"/> 医師へ相談 / 情報共有</p>	<p>自由記載・まとめ</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--