

Thomas テスト記録シート

骨盤固定・大腿の浮き・代償をそろえて記録する

患者 ID	_____
評価日	_____
評価者	_____
場所	_____

実施前にそろえる条件

骨盤固定

可 不可

腰椎前弯を潰せたか

対側下肢

可 不可

膝蓋骨が天井を向くか

ベッド位置

可 不可

臀部とベッド端が合うか

左右比較記録

側	骨盤固定	大腿位置	疼痛	代償	所見・解釈メモ
右	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 接地 <input type="checkbox"/> 浮く (横指 / °)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 外旋 <input type="checkbox"/> 腰椎前弯 <input type="checkbox"/> 保持困難	_____
左	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 接地 <input type="checkbox"/> 浮く (横指 / °)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 外旋 <input type="checkbox"/> 腰椎前弯 <input type="checkbox"/> 保持困難	_____

判定と次に見ること

骨盤固定後も大腿が浮く	股関節屈筋群短縮を疑う	次の介入・観察メモ _____ _____ _____ _____
骨盤固定が難しい	抱え方・ベッド位置を再設定	
痛みで保持できない	疼痛誘発テストへつなぐ	

再評価メモ

前回との差分、左右差、歩行・立位で見た骨盤前傾の変化を記録
