

DISTORTION ASSESSMENT

氏名： _____ 様 評価日： _____ 担当者： _____

①困っていることは何ですか？ _____

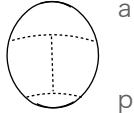
②①のきっかけは何ですか？ _____

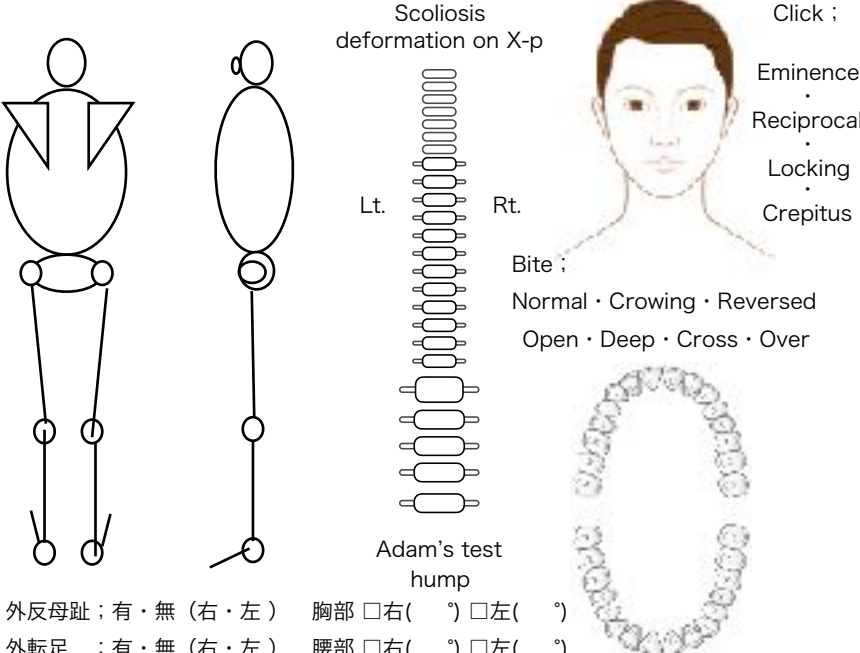
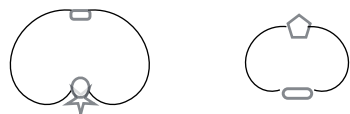
③今迄のケガ、病気、手術、飲んでいる薬を教えてください _____

④どんなお仕事ですか？ _____

⑤部活、スポーツ歴を教えてください 幼児； 小学； 中学； 高校/大学； 現在；

⑥どうなりたいですか？ _____

VITAL SIGN	SKULL	LIFE STYLE
・ 血圧； ・ 脈拍； ・ 炎症；発赤・熱感・浮腫・疼痛・機能障害 ・ VAS； /100 「何ともない」	・ SpO2； ・ 呼吸数； ・ 斜頭：有・無 	・ 睡眠時間； ・ 歩く時間； ・ 休め姿勢； ・ 休日の過ごし方； ・ 不眠症；有・無 ・ 鞆の持ち方；右・左 ・ 趣味； 「耐えられない」

ALIGNMENT	CHEST
 <p>Scoliosis deformation on X-p</p> <p>Lt. Rt.</p> <p>Adam's test hump</p> <p>Click； Eminence Reciprocal Locking Crepitus</p> <p>Bite； Normal・Crowing・Reversed Open・Deep・Cross・Over</p>	<p>Lower/Middle Upper</p>  <p>GAIT</p> <p>SPECIAL TEST・ROM-T</p> <p>・ Craig's test ； Rt. Lt. ・ Allis's sign ； + / - Rt. Lt. ____mm ・ FABER test ； Rt. Lt. ・ FADIRF test ； Rt. Lt. ・ Laxity ； + / -</p>

外反母趾；有・無（右・左） 胸部 □右(°) □左(°)
 外転足 ；有・無（右・左） 腰部 □右(°) □左(°)

OTHER TEST	MUSCLE	FREE
<input type="checkbox"/> DTR； <input type="checkbox"/> Sensory； <input type="checkbox"/> 足踏みテスト50回；	・ Tone ・ Power ・ Trigger	_____ _____ _____

Problem	#1	#2	#3
Plan	#1	#2	#3

運動課題	<input type="checkbox"/> 抗重力筋の促通：ヒラメ筋・腸腰筋・多裂筋・前鋸筋・大腿四頭筋・大殿筋・ハムストリング <input type="checkbox"/> ニュートラルの獲得：頭位・脊柱・肩甲骨・股関節（骨盤）・膝・足部 <input type="checkbox"/> 頭頸部：可動性サイドシフト・顎のリラックス・視線 <input type="checkbox"/> 柔軟性の獲得：(右・左) 頸・胸・腰椎・(右・左) 股関節・(右・左) 肩甲骨・(右・左) 肩関節・(右・左) 足関節 <input type="checkbox"/> 歩容の改善：腕の振り・胸郭の揺らぎ（回旋）・アライメント・視線・前捻角と足位・ロッカーシステム その他（ <input type="checkbox"/> バランス能力：(右・左) 片脚立ち・(右・左) 片脚爪先立ち・(右前・左前) ダブルスタンス <input type="checkbox"/> 足部：前捻角との適合・足のアーチサポート・脚長差の是正 <input type="checkbox"/> 筋力強化： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
エクササイズ plan	1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 : 8 : 9 : 10 : 11 : 12 :
必要な施術	<input type="checkbox"/> 関節モビライゼーション (jointing・manual therapy) <input type="checkbox"/> 神経モビライゼーション (flossing) <input type="checkbox"/> 筋リラクゼーション (stretching・muscle resetting) <input type="checkbox"/> 皮膚モビライゼーション <input type="checkbox"/>
リスク	<input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症：伸展運動の禁忌 <input type="checkbox"/> 高血圧：怒責に注意 <input type="checkbox"/> 緑内障、網膜症：血圧上昇に注意 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症：転倒、骨折に注意 <input type="checkbox"/> 低血圧：立ち眩みに注意 <input type="checkbox"/> Laxity：過伸展、脱臼に注意 <input type="checkbox"/> 動脈硬化：頸椎の伸展禁忌 <input type="checkbox"/> 糖尿病：低血糖発作に注意 <input type="checkbox"/> 術後：脱臼、創の離開、感染に注意 <input type="checkbox"/> バランス機能低下：転倒に注意 <input type="checkbox"/> 沁り症：過伸展に注意 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

