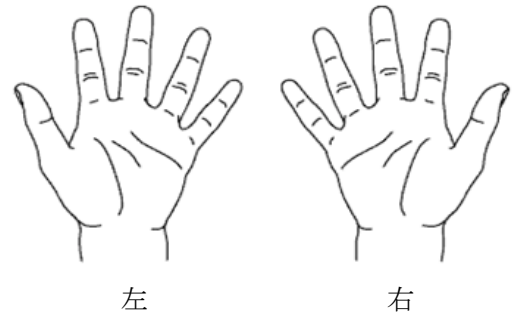


4. 振動障害に関する診察所見（異常所見は図示する）

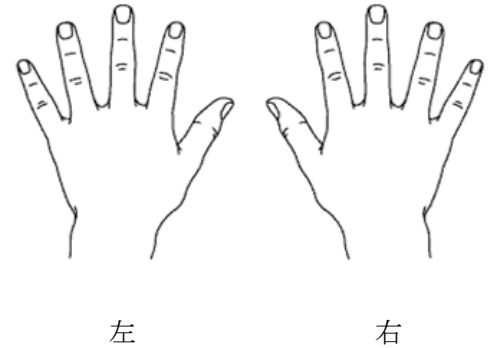
形態異常

- 1) 爪変化 あり（軽度 中等度 高度） なし
- 2) 指の変形 あり（軽度 中等度 高度） なし
- 3) 上肢関節形態異常 あり（軽度 中等度 高度） なし
- 4) 皮膚異常 あり（皮膚温低下 肥厚 チアノーゼ 発汗 他）
なし
- 5) 筋萎縮 あり（軽度 中等度 高度） なし
- 6) その他の所見（ あり なし)



他覚的所見

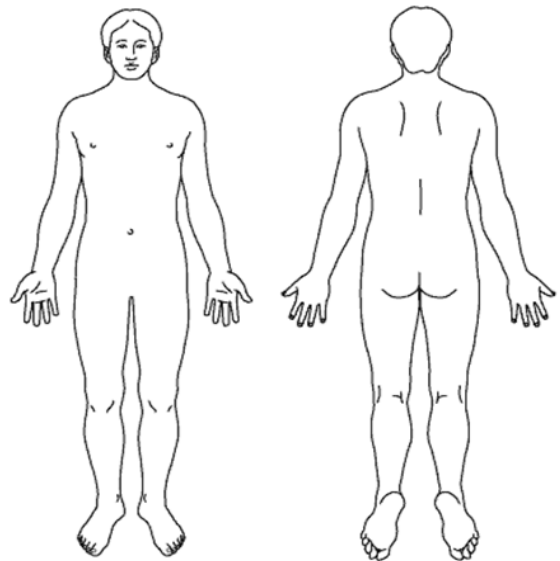
- 1) 筋圧痛・硬結 あり（軽度 中等度 高度） なし
- 2) 運動痛 あり（軽度 中等度 高度） なし
- 3) 知覚鈍麻 あり（軽度 中等度 高度） なし
- 4) その他の所見（ あり なし)



神経学的所見

- 1) Jackson test 左 (+) (-) 右 (+) (-)
- 2) Spurling test 左 (+) (-) 右 (+) (-)
- 3) Wright test 左 (+) (-) 右 (+) (-)
- 4) Tinel sign 左 (+) (-) 右 (+) (-)
- 5) Phalen sign 左 (+) (-) 右 (+) (-)
- 6) Froment sign 左 (+) (-) 右 (+) (-)
- 7) 腱反射 異常有り 異常なし
部位 (あり なし)

8) その他の神経学的所見



5. 關節可動域測定結果（他動的測定）

部位		可動方向	角度		正常値	異常有無と程度	
頸椎		前屈／後屈	／		60／50	－ ＋ ++	
		左回旋／右回旋	／		70／70	－ ＋ ++	
		左屈曲／右屈曲	／		50／50	－ ＋ ++	
			左	右			
肩		屈曲／伸展	／	／	180／50	－ ＋ ++	－ ＋ ++
		外転／内転	／	／	180／0	－ ＋ ++	－ ＋ ++
		内旋／外旋	／	／	90／90	－ ＋ ++	－ ＋ ++
肘		屈曲／伸展	／	／	145／5	－ ＋ ++	－ ＋ ++
		回内／回外	／	／	90／90	－ ＋ ++	－ ＋ ++
手		背屈／掌屈	／	／	70／90	－ ＋ ++	－ ＋ ++
		橈屈／尺屈	／	／	25／55	－ ＋ ++	－ ＋ ++
中手指節 間関節	母指	屈曲／伸展	／	／	60／10	－ ＋ ++	－ ＋ ++
		橈側外転／掌側外転	／	／	60／10	－ ＋ ++	－ ＋ ++
	示指	屈曲／伸展	／	／	90／45	－ ＋ ++	－ ＋ ++
	中指	屈曲／伸展	／	／	90／45	－ ＋ ++	－ ＋ ++
	環指	屈曲／伸展	／	／	90／45	－ ＋ ++	－ ＋ ++
	小指	屈曲／伸展	／	／	90／45	－ ＋ ++	－ ＋ ++
近位指節 間関節	母指	屈曲／伸展	／	／	100／0	－ ＋ ++	－ ＋ ++
	示指	屈曲／伸展	／	／	100／0	－ ＋ ++	－ ＋ ++
	中指	屈曲／伸展	／	／	100／0	－ ＋ ++	－ ＋ ++
	環指	屈曲／伸展	／	／	100／0	－ ＋ ++	－ ＋ ++
	小指	屈曲／伸展	／	／	100／0	－ ＋ ++	－ ＋ ++
遠位指節 間関節	示指	屈曲／伸展	／	／	80／0	－ ＋ ++	－ ＋ ++
	中指	屈曲／伸展	／	／	80／0	－ ＋ ++	－ ＋ ++
	環指	屈曲／伸展	／	／	80／0	－ ＋ ++	－ ＋ ++
	小指	屈曲／伸展	／	／	80／0	－ ＋ ++	－ ＋ ++

6. 生理検査等の結果判定

検査系	検査項目	判定		
末梢循環系検査	手指皮膚温検査★	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常		
	爪圧迫検査★	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常		
	指尖容積脈波検査	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常		
	FSBP	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常		
	サーモグラフィー	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常		
	血管造影	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常		
	その他 ()	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常		
末梢神経系検査	振動覚検査★	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常		
	温冷覚検査	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常		
	神経伝導速度検査	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常		
	その他 ()	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常		
筋骨格系 (運動器) 検査	握力検査★	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常		
	Purdue Pegboard 検査☆	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常		
	豆移し検査☆	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常		
	レントゲン検査★	頸椎	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常	
		肩関節	左	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常
			右	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常
		肘関節	左	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常
			右	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常
		手関節	左	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常
			右	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常
		手指関節	左	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常
右	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 中等度異常 <input type="checkbox"/> 高度異常			

※：★は必須検査、☆はどちらか一方実施が必須検査

7. 血液生化学検査所見

8. その他の検査所見

9. 診断結果 医師総合所見

1) 症度区分 末梢循環障害 VS [0 1 2 3] VL [0 1 2 3] → VA, VB, VC1, VC2, VC3

末梢神経障害 NS [0 1 2 3] NL [0 1 2 3] → NA, NB, NC1, NC2, NC3

筋骨格系 (運動器) 障害

異常なし 軽度の振動障害 中等度の振動障害 高度の振動障害

2) 診断結果 異常なし 軽度の振動障害 中等度の振動障害 高度の振動障害

他疾病の疑い ()

3) 事後措置に対する意見 (健康管理区分)

振動業務可 (A) 振動業務への就業制限 (B) 要休業・治療 (C)

振動業務への制限、振動障害および異常に対する療養その他の措置 (R)

(R) を除く当該因子以外の疾病にかかっている、もしくは異常が認められるので当該疾病疾病に対する療養その他の措置 (T)

診断日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診断医師氏名 _____ 印