

急性弛緩性麻痺症例(2015年)に関する予後調査質問票

記載日時： 年 月 日

基礎情報

1. 年齢（麻痺発症時）： 歳 月； 年齢（現在）： 歳 月
2. 性別： _____
3. 麻痺発症日： 年 月 日
4. 退院日： 年 月 日
5. 現在の社会参加： 支援を要する/要しない；具体的に：特別支援学校/特別支援学級/ _____

治療

1. 急性期人工呼吸管理： 無し・有り（開始日：2015年 月 日～ 日間）；呼吸器離脱：無し・有り；
気管切開術を要する： 無し・有り
2. 機能再建術： 無し・有り； 有りなら施行施設名： _____ 病院 _____ 科
(a) 神経移行術：施行日（ 年 月 日）；部位：左/右 上肢/下肢
(b) 遊離筋肉移植術/腱移行術：施行日（ 年 月 日）；部位：左/右 上肢/下肢
機能再建術は有効であったか： 無効・有効；具体的に： _____

神経症状と予後

1. 四肢麻痺の部位：

		右上肢	左上肢	右下肢	左下肢
現在（最終確認時）麻痺の有無		無し/有り	無し/有り	無し/有り	無し/有り
現在（最終確認時）のMMT	(年 月)				
発症時（麻痺ピーク時）のMMT	(年 月)				

2. 現在（最終確認時）、その他の神経学的後遺症：無し・有り； 脳神経症状 感覚障害 膀胱直腸障害；
具体的に： _____

現在の ADL（各評価項目に最も近い内容に○を付けてください）

評価項目	点数	内容	ピーク時	最終確認時
食事	10	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える		
	5	部分介助（例えば、おかずを切って細かくしてもらう）		
	0	全介助		
車椅子から ベッドへの移動	15	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む		
	10	軽度の部分介助または監視を要する		
	5	座ることは可能であるがほぼ全介助		
	0	全介助または不可能		
整容	5	自立（洗面、整髪、歯磨き、髭剃り）		
	0	部分介助または不可能		
トイレ動作	10	自立（衣服の操作、後始末を含む）		
	5	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する		
	0	全介助または不可能		
入浴	5	自立		
	0	部分介助または不可能		
歩行	15	45M以上の歩行、補装具の使用の有無は問わず		
	10	45M以上の介助歩行、歩行器の使用を含む		
	5	歩行不能の場合、車椅子にて45M以上の操作可能		
	0	上記以外		
階段昇降	10	自立、手すりなどの使用の有無は問わない		
	5	介助または監視を要する		
	0	不能		
着替え	10	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む		
	5	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える		
	0	上記以外		
排便コントロール	10	失禁なし、浣腸、座薬の取り扱いも可能		
	5	ときに失禁あり、浣腸、座薬の取り扱いに介助を要する		
	0	上記以外		
排尿コントロール	10	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能		
	5	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する		
	0	上記以外		

以上です。ご協力どうもありがとうございました。

記載者氏名： _____
 所属： _____
 連絡先(TEL)： _____
 E-mail： _____