

スモンに対する鍼通電研究報告書

施術者氏名
 施術所名
 施術所所在地

評価表

月/日

/	/	/	/	/	/	/	/
---	---	---	---	---	---	---	---

患者氏名 _____
 性別 ()
 生年月日 ()

住所 _____

スモン発病年月日 _____

主治医氏名 _____

医療機関名 _____

実施した手技等の概要
 はり通電 ()
 はり、はり通電併用 ()
 はり通電・灸併用 ()
 ()内に施術の頻度を記入のこと

過去の施術の概要

知覚	レベル	a	腹腰部以下										
		b	骨盤・臀部以下										
		c	大腿部以下										
		d	下腿部以下										
		e	足部以下										
	異常	程度	1	常時しびれる									
			2	短時間の起立歩行により増強									
			3	長時間の起立歩行により増強									
			4	常時ではないが気候季節や寒冷の際現れる									
			5	ほとんどない									
優位障害			1	内側側									
2	外側側												
3	前側面												
4	後側面												
常容	異面内	5	足底面										
		6	なし										
		不定愁訴	腹部	1	しめつけられる感じ								
				2	物がはりついた感じ								
			状態	3	ひきつる感じ								
				4	ビリビリした感じ								
	5			ジンジンした感じ									
	6			痛み									

不定愁訴	腹部	1	腹痛									
		2	下痢									
		状態	3	便秘								
			4	食欲不振								
	経路	1	不眠									
		2	頭痛									
		3	眼精疲労									
		4	不安感									
		5	憂うつ									
	その他	1	肩こり									
2		冷え										

注)1. 症状を初診時及びその後3カ月毎に記入して提出してください。知覚症状には○を、不定愁訴には3+, 2+, +, ±, -, を記入すること。3+とても気になってがまんできない。2+気になるががまんできる。+あるがさほど気にならない。±よくわからない。-ない。
 注)2. 優位障害面とは、知覚異常が最も強く表われる部位の意味である。