

記載日 年 月 日

Manipulation-RCT 診査表

患者様に対して承諾を得た上で、本診査表を使用すること。

治療法選択群	A : manipulation 適用 B : manipulation 非適用		
患者様氏名 (ふりがな)	性別 男 女 年齢 才	主訴の持続期間 年 月 週 日	
治療担当者			

術者記載欄

回数	治療日	開口量 (mm)	コメント
初診	月 日	mm	
術直後	月 日	mm	
2回目	月 日	mm	
3回目	月 日	mm	
4回目	月 日	mm	
5回目	月 日	mm	
6回目	月 日	mm	
終了	月 日	mm	

*予約は2週間程度を目安とし、最終評価は4週から6週としてください

主訴 (患側 : 右・左・両側)

疼痛 なし・関節・咀嚼筋疼痛・頭痛頸部痛

運動障害 なし・開口制限・ひっかかり・閉口制限

関節音 なし・クリック・クレピータス

MRI 病態 (有り, 無し)

右 円板転位 なし・偏位・転位復位型・転位非復位型・側方,

骨変化 なし・あり

左 円板転位 なし・偏位・転位復位型・転位非復位型・側方,

骨変化 ない・あり

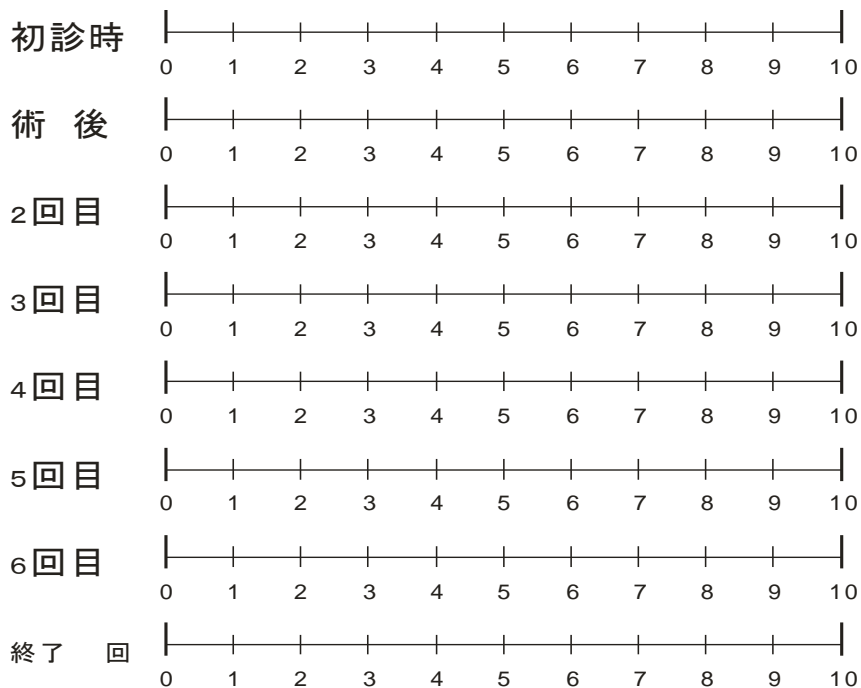
記載日 年 月 日

患者様記入欄

痛み

0 : 痛みがない, 1 : 違和感, ~ 10 : 最悪の痛みの中で,

痛みの程度を記載してください



関節音

0 : 音がない~ 10 : 非常に気になる大きな音の中で,

関節の音の程度を記載してください

