

Physio One 肩関節 評価シート

日付： _____ 名前： _____

基本情報の問診

今現在の症状： _____

発症日： _____ 発症のきっかけ： _____

痛みの強さ(0-10)： _____ 痛みの種類：持続的 / 間欠的 / その他 _____

発症後の経過：改善 / 変化なし / 悪化 _____

どのような時間帯に悪化するか：午前 / 時間が経つにつれ / 午後 / その他 _____

どのような時に悪化するか： _____

どのような時に改善するか： _____

日常生活で困っている事： _____

スポーツ： _____ 職場環境： _____

ゴール： _____

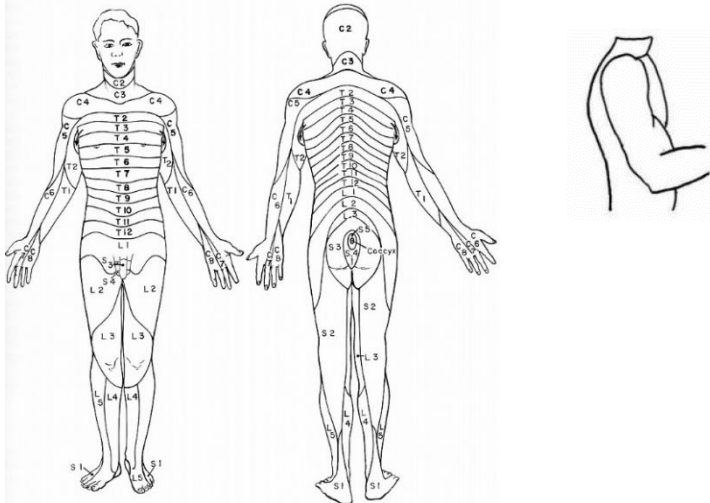
現在治療中または既往歴： _____

服用しているお薬： _____ レッドフラッグ： _____

この1か月間で、落ち込んだり、鬱になったり、喜びが減ったと悩むことはありますか？ はい・いいえ

この1か月間で、自分がしていることへ関心が減ったり喜びが減ったと悩むことはありますか？ はい・いいえ

視診および触診：症状や不良姿勢、圧痛、しびれのある部位を記録する



スクリーニングテスト

頸部：顎が胸につく +・- 顔が水平まで伸展できる +・- 顎が鎖骨につく 右+・- / 左+・-

体幹前屈：指先が床に届く +・- 骨盤前傾が 80° 以上 +・-

体幹伸展：肩甲棘が踵より後方へいく +・-

体幹回旋：後ろから対側の肩が見える 右+・- / 左+・-

スクワット：太ももが水平より低い +・- 膝はつま先の上 +・- 手はつま先より後ろ +・-

