

# 『NOMA 手・上肢機能診断』フェース・シート

氏名:	利き手:(右・左)	年 月 日生 ( 歳 ) ( 男・女 )	カルテNO.
疾患名:		(発症: )	障害名: 右肩麻痺

**\* 調査結果**

手・上肢使用状況	実施日	概況:
----------	-----	-----

**\* 検査結果**

検 査		実施日	概 況	治療の必要
A. 手の位置決め	A-1 身体への到達と保持			(要・不要)
	A-2 机上面での到達と保持			
	A-3 机上空間での到達と保持			
B. 手のフォーム	B-1 把握のフォーム			(要・不要)
	B-2 非把握のフォーム			(要・不要)
C. 手の動きのパターン				(要・不要)
D. 感覚・知覚	D-1 つまみ上げ検査			(要・不要)
	D-2 母指探し試験			
E. パワー	E-1 握力			(要・不要)
	E-2 つまみ力			
F. スピード	F-1 タッピング			(要・不要)
	F-2 手の移動			
G. 正確さ	G-1 釘打ち			(要・不要)
	G-2 注ぎ入れ			
	G-3 マス目内記入			
H. 両手の協調	H-1 タオルたたみ			(要・不要)
	H-2 巻き取り			
	H-3 結び			

**\* 総合診断**

記入年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

記入者署名: \_\_\_\_\_