

氏名：_____ 生年月日：_____ 年齢：_____ 歳 性別：_____

病名：_____ 障害名：_____

感覚検査

表在感覚				
	触覚	痛覚	温覚	コメント
部位	麻痺側／非麻痺側	麻痺側／非麻痺側	麻痺側／非麻痺側	
頸部	／10	／10	／10	
上腕	／10	／10	／10	
前腕	／10	／10	／10	
手背	／10	／10	／10	
手掌	／10	／10	／10	
体幹	／10	／10	／10	
大腿	／10	／10	／10	
下腿	／10	／10	／10	
足背	／10	／10	／10	
足底	／10	／10	／10	

深部感覚									
位置覚		運動覚		振動覚			深部痛覚		
肩関節	／5	手指	／5		左	右		左	右
肘関節	／5	足指	／5	鎖骨			アキレス腱		
手関節	／5			上肢			下腿三頭筋		
股関節	／5			下肢					
膝関節	／5								
足関節	／5								

* 位置覚、運動覚：麻痺側の四肢関節を動かし、非麻痺側でまねをさせる。

複合感覚					
2点識別覚		皮膚書字試験		立体認知	
指尖(3mm)		手掌		マッチ箱	
手掌・足底(15～20)		前腕		鉛筆	
手背・足背(30)		大腿		はさみ	
脛骨面(40)		顔面			