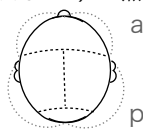
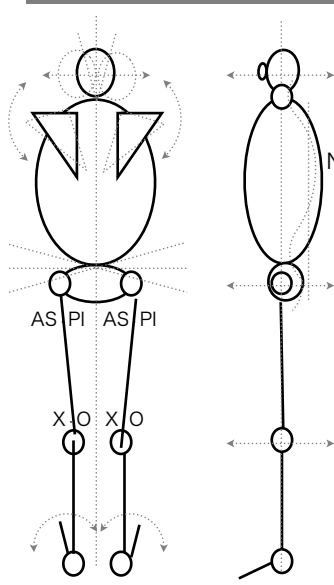
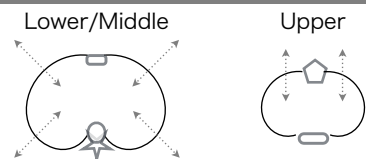


# DISTORTION ASSESSMENT

氏名： \_\_\_\_\_ 様 評価日： \_\_\_\_\_ 担当者： \_\_\_\_\_

①困っていることは何ですか？	
②①のきっかけは何ですか？	
③今迄のケガ、病気を教えて下さい 飲んでいる薬も教えて下さい	
④どんなお仕事ですか？	
⑤部活、スポーツ歴を教えてください	幼児；      小学；      中学；      高校/大学；      現在；
⑥どうなりたいですか？	

VITAL SIGN	SKULL	LIFE STYLE
・ 血圧； ・ 脈拍； ・ 体温； ・ 炎症；発赤・熱感・浮腫・疼痛・機能障害 ・ VAS； /100	・ 斜頭：有 (Grade ) ・ 無 	・ 睡眠時間； ・ 歩く時間； ・ 休め姿勢； ・ 休日の過ごし方； ・ 不眠症；有・無 ・ 鞆の持ち方；右・左 ・ 趣味； 「耐えられない」

ALIGNMENT	CHEST
 <p>椎体変形/x-線 舌骨；                      C3                      C4                      C5                      C6                      Lt. Rt.                      前屈テスト 隆起</p> <p>Normal Flat Sway +・-</p> <p>Click； Eminence Reciprocal Locking Crepitus</p> <p>開口 Bite； Normal・Crowing・Reversed Open・Deep・Cross・Over</p> <p>矯正歴：有・無</p> <p>外反母趾；有・無 (右・左)                      外転足：有・無 (右・左)</p> <p>胸部 □右(°) □左(°)                      腰部 □右(°) □左(°)</p>	<p>Lower/Middle Upper</p>  <p>GAIT</p> <p>SPECIAL TEST・ROM-T</p> <p>・ 前捻角； Rt. Lt.                      ・ 脚長差； + / - Rt. Lt. ____mm                      ・ 股関節つまり； Rt. Lt.                      ・ 関節弛緩性； + / -                      ・ 足踏みテスト50回；                      ・ 感覚；</p>

OTHER TEST	MUSCLE	FREE
<input type="checkbox"/> 注視体幹回旋テスト； + (右・左) ・ - <input type="checkbox"/> 限界運動； 異常あり・なし <input type="checkbox"/> 咬合平面ライン； 歯突起・ _____ <input type="checkbox"/> 口唇・舌機能； 正常・低下 _____ <input type="checkbox"/> 口呼吸のサイン； 有・無	・ 筋緊張 ・ 深部腱反射 ・ 筋力 ・ 圧痛点	

Problem	#1	#2	#3
Plan	#1	#2	#3