天水市第一人民医院

物理治疗评估记录表

姓名 性别 年龄 科室

临床诊断 病案号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系电话

**运动功能**

1、头控：俯卧位抬头（ 不能□ 瞬间□ 45度□ 45-90度□ 90度□ ）

2、翻身：能□（俯卧→侧卧□ 俯卧→仰卧□ 仰卧→侧卧□ 仰卧→俯卧□） 否□

3、支撑：能□（ 肘支撑□ 双手支撑□ 单手支撑□ ） 否□

4、坐： 能□（全前倾□ 半前倾□ 拱背坐□ 直腰坐□ W坐位□）否□

5、爬行：能□（腹爬□ 四点爬□ 高爬□） 否□

6、站立：能□（扶物站□ 独站□） 否□

7、跪： 能□（双膝跪□ 单膝跪□ 交替半跪□） 否□

8、跪走：能□ 否□

9、行走：能□（辅助□ 不辅助□） 否□

**动作发展阶段**

头颈控制□ 躯干控制□ 上肢控制□ 骨盆控制□ 下肢控制□

**脑瘫分型（是□ 否□）**

痉挛型□ 弛缓型□ 手足徐动型□ 共济失调型□ 混合型□

**肢体障碍部位（是□ 否□）**

单瘫□ 截瘫□ 偏瘫□ 三肢瘫□ 四肢瘫□ 双瘫□ 双重偏瘫□

**肌张力检查**

关节活动度（腘角\_\_\_度 足背屈角\_\_\_度 内收肌角\_\_\_度 跟耳角\_\_\_度）

肘过中线（能□ 否□） 肌张力（高□ 低□）

**辅具的使用（是□ 否□）**

助行器□ 矫正鞋□ 足弓垫□ 站立架□

**是否伴有其他残疾（是□ 否□）**

视力□ 智力□ 听力□ 言语□ 癫痫□

**主动活动能力：**高□ 中□ 低□

**指令听从反应** ：好□ 差□

**认知反应：**好□ 普通□ 差□

**异常姿势（是□ 否□）**

拇指内收□ 膝反张□ 膝内翻□ 膝外翻□ 足内翻□ 足外翻□

|  |  |
| --- | --- |
| 主要问题 |  |
| 训练计划 |  |
| 短期目标 |  |
| 长期目标 |  |

 主管治疗师：

 时 间：