**国家康复辅具研究中心附属康复医院**

X片号 **矫形外科下肢检查表**  住院号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名： 父母名： 性别： 年龄： 民族： 胎次： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 婚姻： 入院日期： 职业： 文化程度： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 发病年龄： 病因： 病史： 供史者： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既往治疗史： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系地址： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手机号码： QQ/微信/E-mail： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检：智力 发育 营养 身高： cm 体重： kg | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他疾病史： 照 录相 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肌 力 | | 左 | 右 | 肌 力 | | 左 | 右 | | 肌 力 | 左 | | 右 | 肌 力 | | 左 | 右 |
| 伸拇长肌 | |  |  | 腓骨长短肌 | |  |  | | 半腱半膜肌 |  | |  | 腹肌 | |  |  |
| 伸趾总肌 | |  |  | 胫前肌 | |  |  | | 股薄肌 |  | |  | 阔筋膜张肌 | |  |  |
| 第三腓骨肌 | |  |  | 胫后肌 | |  |  | | 股内收肌 |  | |  | 臀中肌 | |  |  |
| 屈拇长肌 | |  |  | 股四头肌 | |  |  | | 缝匠肌 |  | |  | 臀大肌 | |  |  |
| 屈趾总肌 | |  |  | 股二头肌 | |  |  | | 髂腰肌 |  | |  | 骶棘肌 | |  |  |
| 小腿三头肌 | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | 背阔肌 | |  |  |
| 肢体长度 | 左\_\_\_\_\_右\_\_\_\_\_ | | | | 股骨长度 | | | 左\_\_\_\_\_右\_\_\_\_\_ | | | 胫骨长度 | | | 左\_\_\_\_\_右\_\_\_\_\_ | | |
| 下肢畸形：  （左 右 双） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脊柱畸形： 骨盆畸形： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 关节活动度： 髋屈 伸 内旋 外旋 膝屈 伸 踝屈 伸 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| X-ray： 疼痛： 感觉障碍： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 行走功能指数： 0 Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ Ⅴ 步态： 行走距离： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 诊断： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治疗目标： 术次： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治疗方案： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外固定种类： Ilizarov 组合式 内固定：空心钉 钢板 松质骨条 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻醉： 是否配矫形器： 备注： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医师签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |