

NOMA 手・上肢機能診断

—略称：『NOMA 診断』—
(フェース・シート)

〈この『診断』を利用する方へ〉

- ・『NOMA 手・上肢機能診断』は、軽～中等度の機能障害を有する手・上肢の障害の質を特定し、治療的機能訓練の個別化、焦点化に役立てることを目的としています。作業速度や作業効率の精査を目的とするものではありません。
- ・軽微障害、最重度障害の場合は、公刊されている別の検査、診断法をお使いください。
- ・最初に『手・上肢使用状況』の調査を行い、その結果をみていずれの検査が必要であるかを判断し、『検査 A～H』の一部または全部へ進むことを推奨します。しかし十分な理由がある場合は、『手・上肢使用状況』の調査を選択実施または省略することができます。
- ・各検査の実施手順は、それぞれの検査手順・記録紙の中に述べられています。実施に際しては注意深い観察を心がけ、気づいたことがあれば欄外に記入するようにしてください。
- ・検査用品については、NOMA ハンド・ラボのホームページの『NOMA 診断で用いる検査用品とその仕様 I・II』を参照してください。

氏名：	年 月 日生 (歳) (男・女)	カルテ NO.
疾患名：	(発症：)	障害名：

* 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	治療的訓練の必要
A. 手の位置決め	A-1	身体面への到達と保持		(要・不要)
	A-2	机上面での到達と保持		
	A-3	机上空間への到達と保持		
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	母指さがし試験		

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： _____