**柔道整復実技審査 個人票〔評価1-2〕**　　**（様式3-2）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 養成施設名 |  | | |
| 受審番号 |  | 受審者名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実技項目 | **固定の能力** | |
| ①鎖骨骨折 〔リング固定又は8字帯、Sayreテープ固定〕 | ⑬膝関節内側側副靭帯損傷 〔Xサポートテープ固定〕 |
| ②上腕骨骨幹部骨折 〔ミッデルドルフ三角副子固定〕 | ⑭足関節外側靭帯損傷 〔バスケットウィーブテープ固定〕 |
| ③コーレス骨折 〔クラーメル副子と局所副子・三角巾固定〕 | ⑮足関節外側靭帯損傷 〔フィギュアエイト・ヒールロックテープ固定〕 |
| ④第5中手骨頸部骨折 〔アルミ副子掌側固定〕 |  |
| ⑤下腿骨骨幹部骨折 〔クラーメル副子固定〕 |  |
| ⑥肋骨骨折 〔さらしと厚紙副子固定〕 |  |
| ⑦肩鎖関節上方脱臼 〔テープ固定〕 |  |
| ⑧肩関節前方脱臼 〔局所副子・三角巾固定〕 |  |
| ⑨肘関節後方脱臼 〔クラーメル副子・三角巾固定〕 |  |
| ⑩手第2指PIP関節背側脱臼 〔アルミ副子背側固定〕 |  |
| ⑪アキレス腱断裂 〔クラーメル副子固定〕 |  |
| ⑫足関節外側靭帯損傷 〔局所副子固定〕 |  |
| 出題した問題番号を記入して下さい　　： | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **評価1-2　①～⑫ 固定の能力** | | | | | | **評価1-2　⑬～⑮ 固定の能力** | | | | | |
| すべてチェック（できた：○　できない：×、評価できない：－) | | | | | | | | | | | |
| １）固定材料の選択が適切である | | | |  | | １）固定材料の選択が適切である | | | |  | |
| ２）患者への説明が適切である | | | |  | | ２）患者への説明が適切である | | | |  | |
| ３）助手への指示が適切である | | | |  | | ３）固定肢位が適切である | | | |  | |
| ４）固定の準備が適切である | | | |  | | ４）固定の準備が適切である | | | |  | |
| ５）固定材料の使用方法が適切である | | | |  | | ５）固定材料の使用方法が適切である | | | |  | |
| ６）固定の出来上がりが綺麗で適切である | | | |  | | ６）固定の出来上がりが綺麗で適切である | | | |  | |
| ７）固定後の確認が適切である | | | |  | | ７）固定後の確認が適切である | | | |  | |
| 採　　　点 | | | |  | 点 | 採　　　点 | | | |  | 点 |
| 所要時間 |  | 分 |  | 秒 | | 所要時間 |  | 分 |  | 秒 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| コメント（採点が4点以下のときは、詳細な理由を記載すること） | 得　点 | |
|  |  | 点 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 審査員氏名 |  |  |  | 審査実施日 | 令和　　年　　月　　日 |
|  |

公益財団法人 柔道整復研修試験財団