

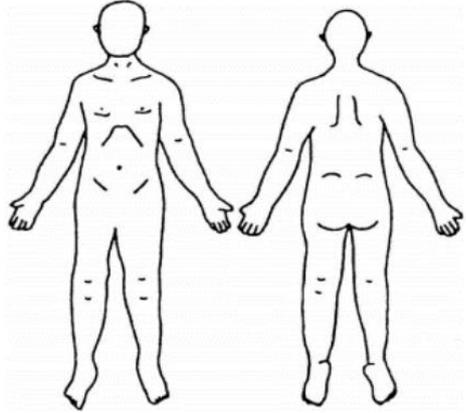
機能訓練評価用紙

利用者氏名

様

評価日

担当者

主訴				①痛み ②しびれ ③浮腫 ④感覚障害 ⑤OPE部 ⑥創部 ()							
希望											
麻痺	有	・	無								
基本動作	自立	・	要介助	内容:	バランス	右	左	備考			
ADL	自立	・	要介助	内容:	閉脚立位	秒	秒				
IADL	自立	・	要介助	内容:	片脚立位	秒	秒				
					ステップ	秒	秒				
					タンデム	良・不良					
移動介助	なし	・	遠位監視	・	近位監視	・	手引き()	筋力(MMT)	右	左	備考
歩行補助具	無			・			有 (屋内 ・ 屋外)				
	装具 (無 ・ 有)			杖 (T ・ Q ・ ロフト ・ 松葉杖)			サイドウォーカー				
	シルバーカー			・			歩行器 (固定 ・ 前輪 ・ 交互)				
歩行歩様	3mTUG	秒	右・左	回り	筋力	kg	kg				
					ROM	右	左	備考			
					肩						
					肘						
その他補装具	膝装具			・			体幹装具				
	・			その他			内容:				
禁忌事項											
認知・精神面	記憶障害 ・ 失語 ・ 失行 ・ 失認 ・ 注意障害 ・ 抑うつ ・ その他()										
その他											
問題点	<input type="checkbox"/> 麻痺 (片 ・ 対 ・ 単 ・ 四肢) <input type="checkbox"/> 失調 (上肢 ・ 下肢 ・ 体幹) <input type="checkbox"/> 感覚障害 (表在 ・ 深部) <input type="checkbox"/> 疼痛 (上肢 ・ 下肢 ・ 体幹) <input type="checkbox"/> 筋力低下 (上肢 ・ 下肢 ・ 体幹) <input type="checkbox"/> 筋緊張 (上肢 ・ 下肢 ・ 体幹)				<input type="checkbox"/> 関節変形 <input type="checkbox"/> 関節可動域制限 (上肢 ・ 下肢 ・ 体幹) <input type="checkbox"/> 立位 ・ 歩行能力 ・ 全身持久力 ・ バランス能力低下 <input type="checkbox"/> 意欲低下 ・ 精神機能低下 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害(記憶 ・ 失語 ・ 失行 ・ 失認 ・ 注意) <input type="checkbox"/> 困難(起居 ・ 歩行 ・ 移動移乗 ・ 段差昇降 ・ 生活動作) <input type="checkbox"/> その他						
目標	<input type="checkbox"/> 心身の活性化 <input type="checkbox"/> 生活活動範囲の拡大 <input type="checkbox"/> 参加範囲の拡大 <input type="checkbox"/> 介助料の軽減				<input type="checkbox"/> 身体機能の改善 <input type="checkbox"/> 痛みの軽減 <input type="checkbox"/> その他						
アセスメント・ポイント											