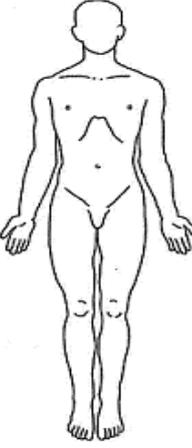
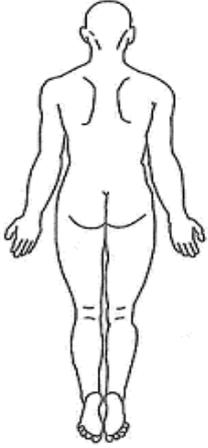


訪問マッサージ 評価表

事業所: _____
担当者: _____

評価実施日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ 氏名		性	生年月日 月 日	年 歳	血 圧 /	脈 拍 回/分	SPO2 %	身 長・体 重 cm kg	
傷病名			希望						
主 訴									
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 筋力低下 <input type="checkbox"/> 軀幹 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 関節可動域制限 <input type="checkbox"/> 右肩 <input type="checkbox"/> 右肘 <input type="checkbox"/> 右手首 <input type="checkbox"/> 右股関節 <input type="checkbox"/> 右膝 <input type="checkbox"/> 右足首 <input type="checkbox"/> 左肩 <input type="checkbox"/> 左肘 <input type="checkbox"/> 左手首 <input type="checkbox"/> 左股関節 <input type="checkbox"/> 左膝 <input type="checkbox"/> 左足首 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 筋委縮 <input type="checkbox"/> 軀幹 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 疼痛評価スケール 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ・評価困難 ① 部位: _____ → _____ /10 状況: _____ ② 部位: _____ → _____ /10 状況: _____ 【病歴・その他の症状等】								
	 								
基本動作・活動	ADL等		日常生活での実施状況 「しているADL」・・・1					評価時能力「できるADL」・・・2	
	自 立	補 助 具 自 立	部 分 介 助	全 介 助	非 実 施	疼痛部位・出現状況など			
				
				
				
活動性	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 離床して生活		<input type="checkbox"/> 日中臥床時間		<input type="checkbox"/> 日中離床時間		H	M	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 自分から挨拶する、話し掛ける <input type="checkbox"/> 挨拶、呼びかけに対して返答や笑顔が見られる <input type="checkbox"/> 反応がない (補足)								
目標	短期 (_____ ヶ月)				長期 (_____ ヶ月)				
プログラム等									
※年齢・持病に応じて施術いたします									