

利用希望者様 現状把握表 (おもて)

[基礎情報]

氏名: 様 性別:(男 ・ 女)
 生年月日:(S・H・R) 年 月 日 (歳) 身長: cm 体重: kg
 診断名: (発症日: 年 月 日)
 障害名:(完全四肢麻痺 ・ 不全四肢麻痺 ・ その他 :)

[可動域制限の有無] (正常: - 軽度: + 中等度: ++ 重度: +++)

	Rt		Lt		備考
	屈曲	伸展	屈曲	伸展	
肩					
肘					
手					
股					
膝					
足					

[筋力(MMT)]

	Rt	Lt		Rt	Lt
三角筋			股屈筋		
上腕二頭筋			膝伸筋		
腕橈骨筋			足背屈筋		
橈側手根伸筋			母伸筋		
回内筋			足底屈筋		
上腕三頭筋					
橈側手根屈筋					

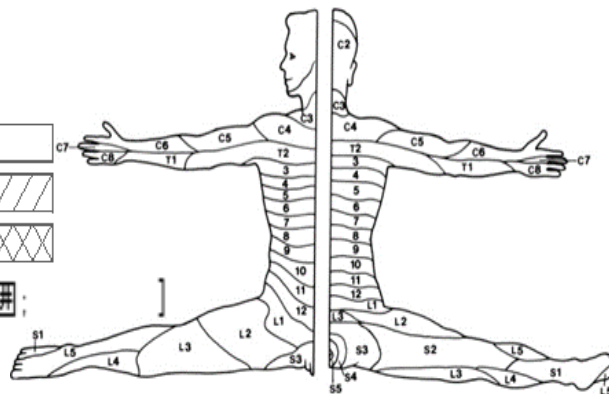
[その他の機能]

筋緊張、自律神経系症状、他

感覚

- 正常
- 鈍麻
- 脱失

[肛門周囲:]



[日常生活活動能力]

項目	自立度	方法等
食事	[自立, 要監視, 一部介助, 全介助]	自助具: 無 ・ 有 ()
整容	[自立, 要監視, 一部介助, 全介助]	自助具: 無 ・ 有 ()
更衣	[自立, 要監視, 一部介助, 全介助]	
排尿	[自立, 要監視, 一部介助, 全介助]	自尿 ・ 自己導尿 ・ 留置カテーテル ・ 膀胱瘻 ・ 他
排便	[自立, 要監視, 一部介助, 全介助]	ベッド上 ・ 洋式 ・ 他()
入浴	[自立, 要監視, 一部介助, 全介助]	
起き上がり	[自立, 要監視, 一部介助, 全介助]	器具、方法等()
立ち上がり	[自立, 要監視, 一部介助, 全介助]	器具、方法等()
移乗	[自立, 要監視, 一部介助, 全介助]	器具、方法等()
車椅子駆動	[自立, 要監視, 一部介助, 全介助]	上肢操作 ・ 下肢操作 ・ 他()
歩行	[自立, 要監視, 一部介助, 全介助]	杖: 無 ・ 有() 装具: 無 ・ 有()

利用希望者様 現状把握表 (うら)

[車椅子]

乗車可能時間: _____ h/日 [型式(・自走式・簡易電動・電動) 所持、作製中、未所持]

※当センターの訓練は、平日 9 時から 16 時 40 分までです。食事時間を含めて日中は車椅子上で過ごします。最低でも 4 時間程度は連続して乗車できる体力が必要です。

[褥瘡]

・なし

・現在あり [部位: 坐骨・仙骨・尾骨・その他()]

・過去にあり(治癒済) [部位: 坐骨・仙骨・尾骨・その他()]

※褥瘡以外に医療的なケアが必要な方については、事前にご相談ください。受け入れが難しい場合があります。なお、褥瘡がある方(完治すれば可)は、当センターの受け入れはできません。

[既往歴や基礎疾患、感染症の有無]

無・有

※有の場合は、詳細をご記載ください。

[服薬状況]

[食事]

アレルギー: 無・有 ()

制限食: 無・有 ()

[その他]

ご本人やご家族の障害理解の状況・告知の有無:

ご本人の当センターの利用目的や訓練に対する意向等:

その他特記事項:

記載者情報

医療機関、施設名称: _____

評価者名: _____ (PT、OT、他)、 _____ (PT、OT 他)

評価日: _____ 年 _____ 月 _____ 日