

# 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					

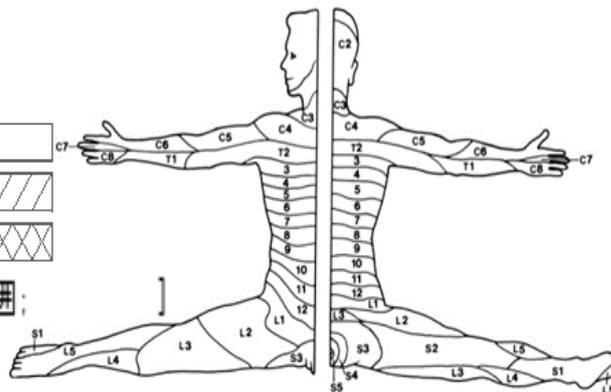
## [その他の機能]

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