

運動器の機能向上プログラム報告書兼計画書 (佐世保市地域包括支援センター版)

氏名 様 生年月日 M・T・S 年 月 日 年齢 歳 評価者 職種

介護予防ケアプランの目標 (生活の目標)	プログラムの目標 (機能的目標)
達成状況	達成状況

プログラム『 腰痛対策 () ・ 膝痛対策 () ・ 転倒骨折対策 () 』 形態: (集団 ・ 個別)

	1ヶ月目 実施回数()回 運動強度 一回 ()分 (高・中・低) 運動時間	2ヶ月目 実施回数()回 運動強度 一回 ()分 (高・中・低) 運動時間	3ヶ月目 実施回数()回 運動強度 一回 ()分 (高・中・低) 運動時間
目標			
プログラム			
評価	目標:	目標:	目標:

項目	開始前 (平成 年 月 日)	終了後 (平成 年 月 日)	評価 ○△× <small>改善・維持・悪化</small>
----	----------------	----------------	--------------------------------------

運動器疾患対策のための評価

JKOM/JLEQ/転倒	合計	点 II	点 III	点 IV	点	合計	点 II	点 III	点 IV	点	
--------------	----	------	-------	------	---	----	------	-------	------	---	--

体力測定

握力	1() kg) 右 ・ 左 2() kg) 右 ・ 左	1() kg) 右 ・ 左 2() kg) 右 ・ 左	
椅子立ち上がりテスト()	<input type="checkbox"/> 全く手を使わずにできた <input type="checkbox"/> 数回手を使ったができた <input type="checkbox"/> 5回とも手を使ったができた 1() kg 秒	<input type="checkbox"/> 全く手を使わずにできた <input type="checkbox"/> 数回手を使ったができた <input type="checkbox"/> 5回とも手を使ったができた 1() kg 秒	
膝伸展力()	<input type="checkbox"/> 助けなしには5回全部できなかった <input type="checkbox"/> 助けなしには1回もできなかった 2() kg 秒	<input type="checkbox"/> 助けなしには5回全部できなかった <input type="checkbox"/> 助けなしには1回もできなかった 2() kg 秒	
開眼片足立ち	1.() 秒) 右・左 2.() 秒) 右・左 補助具使用有() ・ 無	1.() 秒) 右・左 2.() 秒) 右・左 補助具使用有() ・ 無	
5m通常歩行時間	1.() 秒) 2.() 秒) 補助具使用有() ・ 無	1.() 秒) 2.() 秒) 補助具使用有() ・ 無	
TUG() 5m最大歩行時間()	1.() 秒) 2.() 秒) 補助具使用有() ・ 無	1.() 秒) 2.() 秒) 補助具使用有() ・ 無	

主観的健康観 (1:最高によい、2:とても良い、3:良い、4、あまり良くない、5:良くない、6:全然よくない)

運動はすきですか	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
体調はいいですか	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

地域包括支援センターへの報告事項: 事前アセスメント、事後アセスメントの結果を集計し、客観的な運動器機能の変化、健康関連QOLの変化、目標以外の日常生活動作(ADL、IADL)の変化等を記載

事業所名()