○目標

〔　　　　　　　　　　　〕さんの元気応援計画書・評価票

生年月日　大正　・　昭和　　年　　月　　日　要介護度　事業対象者・要支援１・要支援２

担当居宅介護支援事業所名　　　　　　　　　　　　担当介護支援専門員氏名

○目標を達成するための、主なサービス内容

○計画期間　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日

○体力測定　（※以下の５項目のうち３項目以上）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 　　年　　月　　日 | 　　年　　月　　日 |
| 開眼片足立ち | 　秒(右) | 秒(左) | 　秒(右) | 秒(左) |
| イスからの立ち上がり | 回 | 備考支えあり・なし | 回 | 備考　支えあり・なし |
| ５メートル最大歩行 | 秒 | 備考補助具あり・なし | 秒 | 備考補助具あり・なし |
| タイムアップ＆ゴー | 秒 | 備考補助具あり・なし | 秒 | 備考補助具あり・なし |
| 握力 | Kg(右) | Kg(左) | Kg(右) | Kg(左) |

○運動器疾患対策のための評価／主観的健康感

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 膝の痛みの程度 | 右 | 1 2 3 4 5 | 右 | 1 2 3 4 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 左 |  1 2 3 4 5 | 左 | 1 2 3 4 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 腰の痛みの程度 |  |  1 2 3 4 5 |  | 1 2 3 4 5 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※線の上に○印（１：全く痛くない　２：少し痛い　３：中程度痛い　４：かなり痛い　５：ひどく痛い） |
| 主観的健康感 | よい・まあよい・ふつうあまりよくない・よくない | よい・まあよい・ふつうあまりよくない・よくない |

計画作成(変更)日　　　　　年　　月　　日

利用者同意サイン

　お名前

計画作成事業所名

計画作成者氏名

○評価・コメント欄（評価日　　年　　月　　日）

評価者氏名