

事前アセスメント表【運動型通所サービス】

区 いきいき支援センター 担当者 様

作成日 年 月 日 事業所名
作成担当者

介護保険 被保険者番号		利用者氏名		
区分	要支援1・要支援2・事業対象者			
事業評価日	事業開始時(年 月 日)			
目標及び達成状況	目標・計画等			
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			
基本 チェック リスト	1～25項目	点		
	(再掲) 6～10項目	点		
転倒リスクアセスメント		点		
体力 測定	開眼片足立ち	右・左	秒	連絡事項
	歩行能力	距離	3m未満(m)・3m・4m・5m	
		通常	秒 最大 秒	
	握力	右・左	kg	
	TUG		秒	
	その他 ()			