

(別紙様式2-1-②)

利用者番号 \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_ 様 作成年月日: 202●年 月 日 確定年月日: YYY年MM月DD日  
日常生活自立度: \_\_\_\_\_ 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準:

■活動(基本動作、移動能力、認知機能等)			■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)			
	現在の状況	将来の見込み(※)	項目	前回状況	現状	将来の見込み(※)
寝返り			食事			
起き上がり			イスとベッド間の移乗			
座位			整容			
立ち上がり	いすから		トイレ動作			
	床から		入浴			
立位保持			平地歩行			
6分間歩行試験(m)			階段昇降			
Timed Up & Go Test(秒)			更衣			
MMSE(点)			排便コントロール			
HDS-R(点)			排尿コントロール			
服薬管理			合計点		0	
コミュニケーションの状況						

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

■社会参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する)	
家庭内の役割の内容	
余暇活動 (内容および頻度)	
社会地域活動 (内容および頻度)	
リハビリテーション終了後に 行いたい社会参加等の取組	

■リハビリテーションの目標	■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)
(長期):  (短期(今後3ヶ月)):	
■リハビリテーション実施上の留意点 (開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等):	■リハビリテーション終了の目安・時期

利用者・ご家族への説明:

本人のサイン: \_\_\_\_\_ 家族サイン: \_\_\_\_\_ 説明者サイン: \_\_\_\_\_

特記事項:

--