

事前評価表

退院日： 年 月 日

認定日： 年 月 日

短期集中リハの有無： 有り or 無し

リハビリに対するご本人(ご家族)の希望

--

該当する現在の自立度にチェックをして下さい。

介護状況 項目		現在の自立度評価					使用器具	備考
		自立	見守り	一部介助	全介助	行わず		
日常生活・社会活動	トイレへの移動							
	階段昇降							
	屋内移動							
	屋外移動							
	食事							
	排泄(昼)							
	排泄(夜)							
	整容							
	更衣							
	入浴							
	コミュニケーション							
	家事							
寝返り								
起居動作	起き上がり							
	座位							
	立ち上がり							
	立位							
	摂食・嚥下							
歩行状態								