ID:　　名前:　　生年月日:　　/　　/　　(　　歳)(男 / 女)

診断名:　　発症日:　　/　　/

麻痺側 (右 / 左)　利き手 (右 / 左)

担当OT:

日付		/	/	/	/	/
介入日		初回	1週間後	2週間後	3週間後	最終評価
意識レベル(JCS)						
BRS						
sensory	表在	㊨ /10 ㊧ /10	㊨ /10 ㊧ /10	㊨ /10 ㊧ /10	㊨ /10 ㊧ /10	㊨ /10 ㊧ /10
	深部					
	母指探し	度	度	度	度	度
	指判別	㊨ /5 ㊧ /5	㊨ /5 ㊧ /5	㊨ /5 ㊧ /5	㊨ /5 ㊧ /5	㊨ /5 ㊧ /5
握力		㊨ kg㊧ kg	㊨ kg㊧ kg	㊨ kg㊧ kg	㊨ kg㊧ kg	㊨ kg㊧ kg
坐位評価						
MMSE		/30	/30	/30	/30	/30
高次脳機能障害の有無		有 ( )	有 ( )	有 ( )	有 ( )	有 ( )
FIM	トイレ移乗					
	トイレ動作					
	更衣・上衣					
	更衣・下衣					
	排尿管理					
	排便管理					

坐位評価
自立 ◎
見守り ○
介助 △
未実施 ×