**宇土市通所型サービス体力測定報告書（　通所型A　・　通所型C　）**

報告日　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名： | | | |
| 利用者氏名※市，地域包括支援センター及び評価機関に本報告書を提供することを同意します。 | | | |
| 生年月日：　明治　・　大正　・　昭和　　　　　　年　　　　　月　　　　日生（　　　　　歳） | | | |
| 認定区分：　　　　　事業対象者　　　・　　　　要支援1　　　　・　　　　要支援２ | | | |
| 介護予防ケアプランの目標 | | | |
|  | | | |
| 体力測定 | | | |
| 項目 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 握力 | ベスト記録右（　　　　　　）㎏  左（　　　　　　）㎏ | ベスト記録右（　　　　　　）㎏  左（　　　　　　）㎏ | ベスト記録右（　　　　　　）㎏  左（　　　　　　）㎏ |
| 開眼片足立ち | ベスト記録（　　　　　　）秒  右　　・　　左 | ベスト記録（　　　　　　）秒  右　　・　　左 | ベスト記録（　　　　　　）秒  右　　・　　左 |
| TUG | １回目（　　　　　）秒 ２回目（　　　　　）秒 | １回目（　　　　　）秒 ２回目（　　　　　）秒 | １回目（　　　　　）秒２回目（　　　　　）秒 |
| 改善・維持・悪化（前回との比較） | 改善 ・ 維持 ・ 悪化 | 改善 ・ 維持 ・ 悪化 | 改善 ・ 維持 ・ 悪化 |
| 目標達成状況 | 達成 ・ 未達成 | 達成 ・ 未達成 | 達成 ・ 未達成 |

※測定方法は，厚生労働省「介護予防マニュアル改訂版（平成24年3月）」資料3-5　体力測定マニュアルを参照とする。