

私の取り組み頑張り表

氏名

自宅で取り組むこと	
通所で取り組むこと	

○ 自宅で取り組めた		◎ 自宅と通所で取り組めた		☆ 通所で取り組めた			
() 月							事業所確認
1	2	3	4	5	6	7	
8	9	10	11	12	13	14	
15	16	17	18	19	20	21	
22	23	24	25	26	27	28	
29	30	31					
私の実行度は？ できた・まあまあ・できていない				私の満足度は？ 満足・まあまあ・不満足			

() 月							事業所確認
1	2	3	4	5	6	7	
8	9	10	11	12	13	14	
15	16	17	18	19	20	21	
22	23	24	25	26	27	28	
29	30	31					
私の実行度は？ できた・まあまあ・できていない				私の満足度は？ 満足・まあまあ・不満足			

() 月							事業所確認
1	2	3	4	5	6	7	
8	9	10	11	12	13	14	
15	16	17	18	19	20	21	
22	23	24	25	26	27	28	
29	30	31					
私の実行度は？ できた・まあまあ・できていない				私の満足度は？ 満足・まあまあ・不満足			

体力測定記録用紙

氏 名	
生年月日	年 月 日 (歳)

実施年月日	年 月 日			年 月 日			改善・維持
握 力		右	左		右	左	
	1回目	kg	kg	1回目	kg	kg	
	2回目	kg	kg	2回目	kg	kg	
T U G	1回目	秒		1回目	秒		
	2回目	秒		2回目	秒		
	【補助具使用：有・無】			【補助具使用：有・無】			
5m通常歩行	1回目	秒		1回目	秒		
	【補助具使用：有・無】			【補助具使用：有・無】			
5m最大歩行	1回目	秒		1回目	秒		
	2回目	秒		2回目	秒		
	【補助具使用：有・無】			【補助具使用：有・無】			

事業所評価 評価日： 年 月 日

氏名

3週、同じ重さが続いたら、重りを増やしてみましょう！

日付	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／	／
	個数	個数	個数	個数	個数	個数	個数	個数	個数	個数	個数	個数
①腕を前に上げる運動												
②腕を横に上げる運動												
③椅子からの立ち上がり (回数を記入して下さい)												
	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回
④膝を伸ばす運動												
⑤脚の後ろ上げ運動												
⑥脚の横上げ運動												
備 考												

＊錘の目安：1セット（10回）できない→一つ減らす ちょうど→そのままの重り 11回以上出来そう→一つ増やす

[illegible]

赤磐市		介護予防通所サービス計画		参考様式①	
氏 名		性 別	事業所名 (作成者)		
生年月日	年 月 日	男・女	作成日	年 月 日	
区 分	要支援1・要支援2・事業対象者				
介護予防 通所サービ ス利用期間	年 月 日～ 年 月 日				
利用する日	月・火・水・木・金・土・日		利用時間	時 分～ 時 分	
利用目標					
目 標					
サービス提供内容・本人の行うこと					
通所サービス 提供内容					
通所で本人が 取り組むこと (役割)					
サービス提供時の 留意事項					
事業所評価					
評価日 (12か月後) 年 月 日					
私は、上記計画について説明を受け、内容に同意し当該計画の交付を受けました。					
同 意 日： 年 月 日					
ご本人氏名：			説明者氏名：		