

提出日 令和 年 月 日

運動器評価表

施設名

名前：

生年月日：（ T・S ）

被保険者番号：

測定日	初回（ / ）	（ ）か月後（ / ）
評価実施者		
握力	右 kg	右 kg
	左 kg	左 kg
開眼片足立時間	秒	秒
TUG timed up and goテスト	秒	秒
5回椅子立ち座り	秒	秒
痛み 部位（ ）	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
主観的健康感	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

主観的健康感

「あなたの現在の健康状態はいかがですか。」

1. よい 2. まあよい 3. ふつう 4. あまりよくない 5. よくない

特記事項(上記の項目以外で機能の変化がみられた場合記載)

提出理由(再請求の場合のみ)