

評価表

様式2-1

【目的】

二次障害予防のために、作業中の姿勢や作業環境・生活環境についてのご相談とご提案をさせていただきます。そのため必要な情報収集票です。よろしくお願いいたします。

氏名：イニシャルでご記入ください

年齢：

主疾患：

- 姿勢や環境や身体的なことなどで、気になることを記載してください。

(作業内容も含めて記載してください。)

()

- 作業をしている時の姿勢が当てはまる場所に記載してください。

立ち仕事	() 時間	なし
座り仕事	() 時間	なし
かがんで仕事	() 時間	なし
その他	()	

- 立ち仕事の机の高さはどれくらいですか。

(1. 股関節より低い 2. 腰骨くらい 3. オヘソより高い)

- 座っている時の机の高さはどの辺りですか。

腰の高さより (1. 10 cm以上高い 2. 同じ 3. 10 cm以上低い)

- 作業効率について

良い 普通 悪い

- かかりつけの医療機関を記載してください。

()

- 利用している福祉機器と作製からの年数を記載してください。

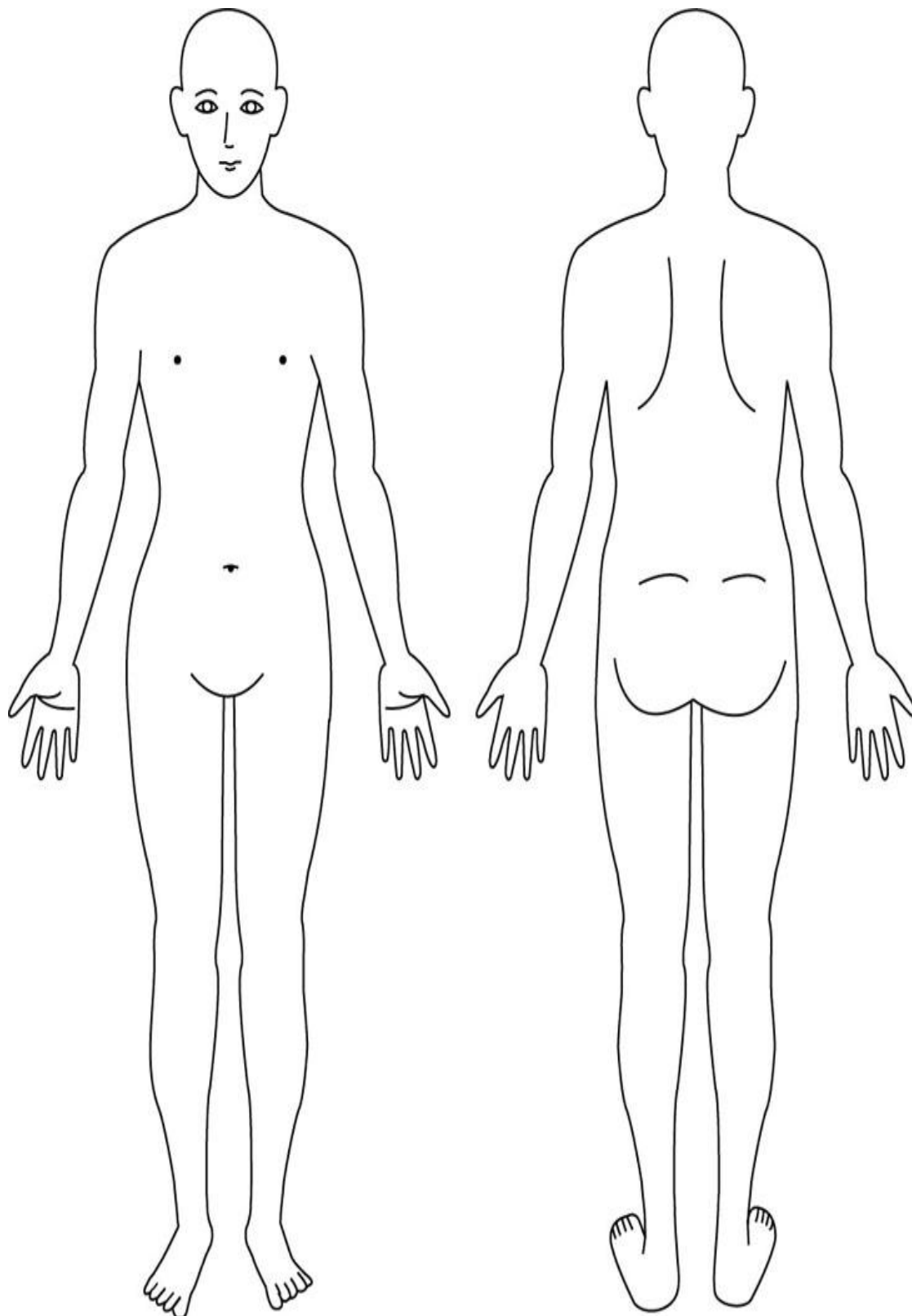
(例 足の装具：約2年、車いす：10年など)

()

- その他なにか疑問等あれば記載してください。

()

- 違和感、痛み、しびれ、だるさ、こりのなどの症状があるところにマークをつけてください。
(症状の種類で分けてください。)



・チェックシート（該当する項目に○をつけてください。）

手足のしびれがひどくなってきた／回数が多くなった ()

緊張が強くなってきた・えびぞりがひどくなってきた ()

関節の動き悪くなってきた ()

よく転ぶ・歩きにくい・歩けなくなった ()

座りにくい・座れなくなった ()

手にした物を落とすことが多くなった ()

おしっこが出にくくなった／頻尿になった ()

噛む力や飲み込む力が弱くなった・よくむせる ()

筋力が低下してきた ()

筋力や体の動かしやすさの左右差が大きくなった ()

肩や腰がよくこる・だるい ()

痛みが出てきた／ひどくなってきた ()

姿勢が悪くなってきた、側彎などの変形が進んだ ()

体力が低下した・疲れやすくなった・風邪をひき易くなった ()

根気や意欲がなくなってきた ()

気分が落ち込むことが多くなった ()

息苦しい、息をすることにより疲れるようになってきた ()

食欲が低下した ()

この1年間で、体重がかなり増えた／減った ()

褥そう（床ずれ）ができた ()