

ABMS-2 記録シート（基本動作 5 項目）

目的：離床レベルの共有 / 同条件での再評価（ ）を残す

氏名 _____

ID _____ 病棟 _____

日付 _____ 担当 _____

安全チェック（該当なら ）

☐ 安静度 OK

☐ ライン OK

☐ 疼痛 OK

☐ めまいなし

☐ 呼吸安定

採点（ 1 ～ 6 ） で囲む / チェックでも可 | 条件と所見を必ず残す

項目	1	2	3	4	5	6	条件・所見（例：手すり / 監視 / 疼痛 / ふらつき）
寝返り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
座位保持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
立ち上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
立位保持	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
合計（ / 30 ）	_____						_____

次回の再評価条件（同条件で）

採点の目安（ 1 ～ 6 ）

- 1：禁止（医師指示で実施しない）
- 2：全介助（継続的な身体介助）
- 3：部分介助（一部で支持が必要）
- 4：監視（近接見守り / 声かけ）
- 5：修正自立（補助具あり・身体介助なし）
- 6：完全自立（補助具なし）

次の一手（介入・申し送り）
