

基本情報

氏名 _____
 ID _____
 評価日 _____
 実施者 _____
 利き手 _____
 麻痺側 _____
 診断 _____

セットアップ／セッション記録

姿勢・座位 _____
 机・物品配置 _____
 上肢支持 _____
 装具・スリング _____
 疼痛 (VAS等) _____
 注意点・指示 _____
 備考 _____

No.	時間 (秒)	FAS	120+	備考 (環境・代償・中止理由など)
1			<input type="checkbox"/>	
2			<input type="checkbox"/>	
3			<input type="checkbox"/>	
4			<input type="checkbox"/>	
5			<input type="checkbox"/>	
6			<input type="checkbox"/>	
7			<input type="checkbox"/>	
8			<input type="checkbox"/>	
9			<input type="checkbox"/>	
10			<input type="checkbox"/>	
11			<input type="checkbox"/>	
12			<input type="checkbox"/>	
13			<input type="checkbox"/>	
14			<input type="checkbox"/>	
15			<input type="checkbox"/>	

集計 (記録 解釈のメモ)

時間：合計 _____ 時間：中央値 _____
 FAS：合計 _____ FAS：平均 _____
 未完了 (120+) 数 _____ 評価の要点 _____

メモ：本シートは記入欄・集計欄を中心にした臨床用ワークシートです (項目文は掲載していません)。セットアップ条件も同じ用紙に残すことで、再評価時