

FIM 5 点 判定評価シート

患者 ID	_____	評価日	_____
評価者	_____	場所	_____
対象項目	_____	条件差	_____

評価前にそろえる条件

固定項目	確認	メモ
補助具・装具	<input type="checkbox"/>	
評価場面（病棟・訓練室等）	<input type="checkbox"/>	
見守り距離・声かけ条件	<input type="checkbox"/>	
前回との差 / 条件固定	<input type="checkbox"/>	

判定記録（5点 / 6点 / 4～1点の境界）

確認項目	判定の見方	該当	根拠メモ
接触介助の有無	手が出ていなければ5点候補。 接触ありなら4点以下を検討	<input type="checkbox"/>	
運動項目5点	監視・口頭指示・促しのみ。 身体介助なし	<input type="checkbox"/>	
認知項目5点	助言・ヒントが時々。 介助量10%未満	<input type="checkbox"/>	
6点との境界	他者の関与なし。補助具のみ・ 時間延長・安全配慮で自立	<input type="checkbox"/>	
4～1点へ下げるとき	工程分解で介助%を見積もる。 4:<25% / 3:25-49% / 2:50-74% / 1:>=75%	<input type="checkbox"/>	
安全配慮・条件差	近接監視の理由、場面差、 頻度差を短く残す	<input type="checkbox"/>	

判定まとめ

最終判定 運動5 認知5 6点 4～1点
一言まとめ _____

再評価 / 共有事項

再評価日 _____
条件固定 _____
共有事項 _____