

患者ID _____	評価日 _____
評価者 _____	場所 _____
補助具 _____	測定条件（靴／床／介助など） _____

## 評価前に固定する6点セット（再評価の再現性）

固定項目	チェック（固定できたら□に✓）	メモ
区画サイズ（4マス）	<input type="checkbox"/>	
開始位置（例：左前）	<input type="checkbox"/>	
順序（時計回り → 反時計回り）	<input type="checkbox"/>	
各マスで両足接地（片足で抜けない）	<input type="checkbox"/>	
補助具・介助（普段どおり／変更は明記）	<input type="checkbox"/>	
無効条件（接触・順序逸脱・転倒回避介助）	<input type="checkbox"/>	

## 採点記録（タイム＋無効理由）

試行	タイム（秒）	成功 / 無効	無効理由・メモ（接触／順序逸脱／介助など）
練習（1回）			
本番1			
本番2			
採用（速い方）			

## 再評価メモ（イベント・条件差・介入更新など）

_____ _____ _____ _____
----------------------------------