

# 廃用症候群 筋力トレーニング記録シート

患者 ID _____	評価日 _____
評価者 _____	場所 _____

開始前確認 / 条件固定	
安静時症状	<input type="checkbox"/> 胸部不快 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> その他
バイタル	SpO2 ____ % HR ____ /min BP ____ / ____ mmHg
開始段階	<input type="checkbox"/> Stage 0 ベッド上 <input type="checkbox"/> Stage 1 座位 <input type="checkbox"/> Stage 2 立位 <input type="checkbox"/> Stage 3 課題特異
条件固定	体位 / 支持物 / 酸素 / 装具 / 疼痛配慮
見送り / 減量理由	ex) SpO2 低下、血圧変動、強い痛み、息こらえ

即時中止：胸痛 / 新規の神経症状 / 前失神・失神 / 重度の呼吸困難

実施内容 / 反応記録					
種目	段階	負荷・設定	回数/セット	RPE	反応・所見
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

本日の判定  継続  減量  中止  再評

次回条件 量 ± \_\_\_\_ % 段階 \_\_\_\_\_ 支持物 \_\_\_\_\_

再評価メモ / 次回申し送り	
再評価メモ	ex) STS 回数、立位時間、回復時間、SpO2 変化
_____	_____

次回申し送り / 共有事項	ex) 開始段階、避けたい誘因、量の増減条件
_____	_____
_____	_____