

# IMS (ICU Mobility Scale) 記録シート

その日の最高到達・条件・反応・次回条件を1枚で記録

患者 ID / 氏名	評価日	実施時刻
病棟 / 場所	評価者	再評価予定

## 実施前にそろえる条件

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 覚醒・指示理解を確認  | <input type="checkbox"/> ライン・ドレーン固定を確認 |
| <input type="checkbox"/> 呼吸・循環の安定を確認 | <input type="checkbox"/> 介助者数・補助具を決める  |
| <input type="checkbox"/> 中止・中断サインを共有 | <input type="checkbox"/> 記録タイミングをそろえる  |

<input type="checkbox"/>	点	到達レベル
<input type="checkbox"/>	0	ベッド上安静／他動中心
<input type="checkbox"/>	1	ベッド上で能動的な動き
<input type="checkbox"/>	2	介助で椅子へ移乗
<input type="checkbox"/>	3	端座位がとれる
<input type="checkbox"/>	4	立位が成立する
<input type="checkbox"/>	5	能動的な移乗ができる
<input type="checkbox"/>	6	その場で足踏みができる
<input type="checkbox"/>	7	歩行（複数名介助）
<input type="checkbox"/>	8	歩行（1名介助）
<input type="checkbox"/>	9	歩行（補助具あり自立）
<input type="checkbox"/>	10	歩行（補助具なし自立）

## 本日の最高到達

IMS 点数	到達	距離 (m)
_____	_____	_____

介助者数	補助具	酸素	留意点
_____	_____	_____	_____

反応（バイタル・息切れ・めまい・疼痛など）

\_\_\_\_\_

中止・中断理由

\_\_\_\_\_

次回条件

\_\_\_\_\_

申し送り 1 行

\_\_\_\_\_

## カルテ 4 行メモ

① 評価	_____
② 条件	_____
③ 反応	_____
④ 次回条件	_____

## 再評価メモ / 前回との差分

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_