

수급자성명 <input type="text" value="전연순"/>	장기요양인정번호 <input type="text" value="L0011006324"/>	평가일 <input type="text" value="01-03-2015"/>
--	---	---

1. 재활관련 기본 정보

병력	<input checked="" type="checkbox"/> 고혈압 (<input type="text"/> 년) <input type="checkbox"/> 뇌졸중 (<input type="text"/> 년) <input type="checkbox"/> 당뇨 (<input type="text"/> 년) <input type="checkbox"/> 관절염 (<input type="text"/> 년) <input checked="" type="checkbox"/> 심혈관질환 (<input type="text"/> 년) <input type="checkbox"/> 정신질환 (<input type="text"/> 년) <input checked="" type="checkbox"/> 기타질환 <input type="text" value="체장염, 양안황반"/> (<input type="text"/> 년)
외상여부	<input type="text" value="무"/> (내용 <input type="text"/>) 의식소실여부: <input type="text" value="무"/>
안전문	<input type="text" value="무"/> (<input type="checkbox"/> 낙상이나 사고 <input type="checkbox"/> 골절 <input type="checkbox"/> 배회)
보행여부	<input type="text" value="독립적"/>
통증여부	<input type="text" value="유"/> (부위 <input type="text" value="어깨, 무릎, 발목"/> / <input type="checkbox"/> 심함 <input checked="" type="checkbox"/> 중증도 <input type="checkbox"/> 경도)
운동마비	<input type="text" value="무"/> (부위 <input type="text"/>)
감각장애	감각결손 <input type="text" value="무"/> (부 <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 청력장애 <input type="checkbox"/> 시력장애
일상생활	<input type="text" value="무"/> (<input checked="" type="checkbox"/> 부분적도움 <input type="checkbox"/> 항상대기상태)
의사소통	<input type="text" value="무"/>
정서상태	<input type="text"/> (<input type="text"/>)

2. 기능의 정도 및 기본동작평가

완전의존(Dependence)	<input type="checkbox"/>	일상생활을 거의 혹은 전혀 수행할 수 없는 기능상태
도움필요 (Require Assistance)	<input type="checkbox"/> 상시도움(Standby) <input type="checkbox"/> 부분도움(Partial)	안전하게 수행할 수 없어 보조자가 대기하는 기능상태 일상생활을 부분적인 보조로 수행 가능한 기능상태
독립적이나 도움필요(Independence w/aids)	<input checked="" type="checkbox"/>	일상생활에 관찰과 보조기 사용이 필요한 기능상태
완전독립(Independence)	<input type="checkbox"/>	일상생활을 독립적으로 적절하게 수행하는 기능상태
기본동작 평가	<input checked="" type="checkbox"/> 침상이동-측면↔침상위 이동 <input checked="" type="checkbox"/> 앉기 <input checked="" type="checkbox"/> 네발기기 <input checked="" type="checkbox"/> 무릎서기 <input checked="" type="checkbox"/> 기립 <input checked="" type="checkbox"/> 보행 <input type="checkbox"/> 휠체어 조작 및 이동 <input type="checkbox"/> 보장구장치 이동	

3. 운동장애 및 관절제한 평가

구분	항목	상태
운동장애정도	우측상지	<input type="text" value="무"/>
	좌측상지	<input type="text" value="무"/>
	우측하지	<input type="text" value="무"/>
	좌측하지	<input type="text" value="무"/>
	어깨관절	<input type="text" value="무"/>

팔꿈치관절

손목관절

관절 제한 정도	어깨관절	
	팔꿈치관절	무
	손목 및 수지관절	무
	고관절	무
	무릎관절	무
	발목관절	무

4. 통증강도 및 위치사정

☐ 마우스휠2

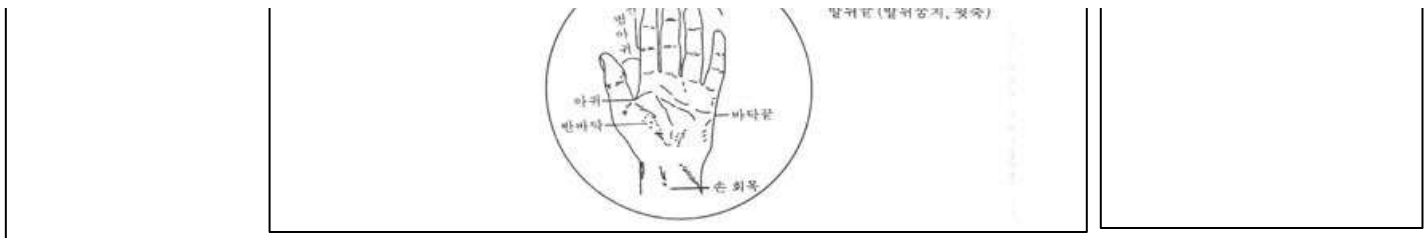
통증부위	지속성 여부	통증강도
어깨		2
무릎		2
발목		2

통증강도:VAS(Visual Analogue Pain Scale) - 0:통증없음, 1: 약간, 2: 중강정도, 3: 심한, 4:극심, 5: 매우 극심

신체부위 사례

그림에서 지난 일주일간의 통증의 위치와 통증의 정도를 기입하시면 됩니다. 통증의 위치가 그림에 정확히 표시되어 있지 않은 경우는 가장 근접한 부분, 또는 상식적으로 아는 부위를 기입하시면 됩니다. 상기 통증 표시 공간이 부족하면 아래 메모란에 추가로 통증 정보를 입력해 주세요

어깨, 무릎, 발목



5. 균형감과 걸음걸이 사정 - Tinneti의 균형과 걸음걸이 평가법

마우스휠3

방법	요소	판정기준	점수
Tinneti 균형	앉아있기	0:의자에 기대거나 미끄러지듯 앉아있기, 1:안정적이고 안정하게 앉아있기	1
	일어나기	0:도움없이 일어나기 불가능, 1:팔사용하여 일어남, 2:팔사용없이 일어남	1
	일어나기 시도	0:도움없이 불가능, 1:두번이상 시도로 가능, 2:한번이 시도로 가능	2
	일어선 직후 균형력	0:몸체가 흔들림, 1:주변물체 잡으면 안정, 2:주변물체 잡지않고 안정	1
	서서 있을 때 균형	0:불안정, 1:주변물체 잡거나 발을 30cm정도 벌리고 서 있으면 안정	1
	살짝밀기	0:넘어지시기시작, 1:비틀거리거나 주변물체 잡으면 중심잡음, 2:아정된 중심 잡음	1
	눈감은상태 살짝밀	0:불안정, 1:안정	0
	360도 회전하기	0:연속적으로 발을 옮길 수 없다, 1:연속적으로 발을 옮긴다.	1
		0:비틀거리거나 주변 물체를 잡으면서 불안정, 1:안정적	1
	앉기(앉을 때 동작)	0:불안정, 1:팔을 이용하거나 동작이 매끄럽지 못함, 2:안전하고 동작이 매끄러움	2
균형력 부분점수			11 점/15
Gait 평가	걸음시작	0:여러번 시도, 머뭇거리며 걷기 시작, 1:머뭇거리없이 걷기 시작	1
	보폭과 높이 (우측발 움직이기)	0:우측발이 지면지지 좌측발을 통과하지 못함, 1:우측발이 지면지지 좌측발 통과	
		0:우측발을 지면으로부터 완전하게 올리지 못함, 1:5cm이상 완전하게 올림	1
	보폭과 높이 (좌측발 움직이기)	0:좌측발이 지면지지 우측발을 통과하지 못함, 1:좌측발이 지면지지 우측발 통과	1
		0:좌측발을 지면으로부터 완전하게 올리지 못함, 1:5cm이상 완전하게 올림	1
	보폭의 대칭성	0:좌,우 보폭이 대칭적이지 않음, 1:좌,우 보폭이 동일하여 대칭적임	1
	보폭의 연속성	0:좌,우 걸음사이가 중단되거나 연속적이지 못함, 1:중단없이 연속적임	1
	보도통과	0:보도를 벗어남, 1:약간 벗어나거나 보행보조기구를 사용, 2:보조기구없이 똑바로	1
	몸체의 흔들림	0:몸체가 많이 흔들리거나 보행보조기구 사용, 1:몸체 흔들림 없이 안정적	0
	발의 자세	0:몸체가 많이 흔들리거나 보행보조기구 사용, 1:몸체 흔들림 없이 안정적	0
걸음걸이부분점수			7 점/11
총점 균형 11 점 + 걸음걸이 7 점 = 18 점/26			

6. ROM(신체관절가동범위) 측정

마우스휠4

부위	운동범	각도	우측	좌측
굴곡(Flexion)		0-180		

어깨	굴곡(Flexion)	0-180	120	150
	신전(Extension)	0-60	40	40
	외전(Abduction)	0-180	110	150
	내회전(Internal Rotation)	0-70	25	50
	외회전(External Rotation)	0-90	20	45
팔꿈치 및 전완	굴곡~신전(Flexion-Extension)	0-150	110	130
	회외(Supination)	0-80	50	50
	회내(Pronation)	0-80	50	50
손목	굴곡(Flexion)	0-80	50	50
	신전(Extension)	0-70	30	30
	척골편향(Ulnar Deviation)	0-30	10	10
	요골편향(Radial Deviation)	0-20	10	10
엉덩이 관절	굴곡(Flexion)	0-120	110	110
	신전(Extension)	0-30	20	20
	외전(Abduction)	0-45	40	40
	내전(Adduction)	0-30	30	30
	내회전(Internal Rotation)	0-45	20	20
	외회전(External Rotation)	0-45	20	20
무릎	굴곡~신전(Flexion Extension)	135-0	110	110
발목	족배굴곡(DorsiFlexion)	0-20	10	10
	족저굴곡(PlantariFlexion)	0-50	20	20
	내반(Inversion)	0-35	15	15
	외반(Eversion)	0-15	5	5

평가자 서명	ID	문윤정	<input checked="" type="checkbox"/>	문윤정	문 윤 정
--------	----	-----	-------------------------------------	-----	-------