

# FIMの評価表

医療機関名		評価日	西暦	年	月	日	
評価担当者		職種	PT	・	OT	・	ST

患者氏名		様	生年月日			
傷病名			性別		年齢	才

		評価項目	点数	コメント
運動項目	セルフケア	食事		
		整容		
		清拭		
		更衣・上半身		
		更衣・下半身		
		トイレ動作		
	排泄コントロール	排尿管理		
		排便管理		
	移乗	ベット・椅子・車椅子		
		トイレ		
		浴槽・シャワー		
	移動	歩行		
車椅子				
階段				
認知項目	コミュニケーション	理解		
		表出		
	社会的認知	社会的交流		
		問題解決		
		記憶		

合計点数	点
------	---