

リハビリテーション 実施計画書

ID:		評価日(開始日): 年 月 日	
患者氏名:		男・女	生年月日 年 月 日 ( 歳)
主治医・説明医師:		リハ担当医:	看護師:
理学療法士:		他職種( )	
診 断 名	合 併 症		
入 院 日	年 月 日	発 症 日	年 月 日(頃)
手 術 日	年 月 日	治療法(術式)	
冠危険因子 (既往歴)	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病(CKD) <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> その他( )		
活動時のリスク	心機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低下 (EF %)	関節可動域制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	不整脈	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	虚血(残存狭窄) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	その他		
栄養*	身長 <sup>#1</sup> : ( )cm, 体重: ( )kg, BMI <sup>#1</sup> : ( )kg/m <sup>2</sup> <sup>#1</sup> 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法(複数選択可): <input type="checkbox"/> 経口( <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 補助食品) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養( <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心) 嚥下調整食の必要性: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(学会分類コード: ) 栄養状態: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 低栄養リスク <input type="checkbox"/> 過栄養 <input type="checkbox"/> その他( )  【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ( )kcal, たんぱく質( )g 総摂取栄養量 <sup>#2</sup> (経口・経管・静脈全て含む): ( )kcal, たんぱく質( )g <sup>#2</sup> 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可		
*回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)			
日 常 生 活 ( 病 棟 ) の 自 立 度 ( 実 際 に 行 っ て い る 活 動 )			
安 静 度	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 室内歩行 <input type="checkbox"/> 病棟内歩行 <input type="checkbox"/> 院内歩行 <input type="checkbox"/> 屋外歩行		
起 居	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: ( )		
歩行(移動)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施 ※備考: <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
ベッドから車椅子(ストレッチャー)への移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施 ※備考: ( )		
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施 ※備考: ( )		
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: <input type="checkbox"/> 点滴有 <input type="checkbox"/> 点滴無 <input type="checkbox"/> その他( )		
排 泄(排尿)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: <input type="checkbox"/> 車椅子トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 尿バルーン留置 <input type="checkbox"/> その他( )		
排 泄(排便)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: <input type="checkbox"/> 車椅子トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上		
清 潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 ※備考: <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 洗髪 <input type="checkbox"/> 清拭		
コミュニケーション (意思伝達)	<input type="checkbox"/> 成立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 ※備考: ( )		
環 境	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居( ) <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅   居住階( )階:エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
職 業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 事務仕事 <input type="checkbox"/> 肉体仕事   職種・通勤方法等		
再発予防・健康維持のための目標	<input type="checkbox"/> 病気への理解 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 食事管理 <input type="checkbox"/> 運動習慣の獲得 <input type="checkbox"/> 体力向上 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
本人・家族の希望・目標			
運 動 目 標・方 針(負 荷 試 験) と 運 動 内 容 (以下、チェックした項目を順に行っていく予定)			
開始日(起算日)	年 月 日	予 定 期 間	
運動目標・方針 (負荷試験)	<input type="checkbox"/> 立位・ベッド周囲歩行 <input type="checkbox"/> 50m歩行 <input type="checkbox"/> 100m歩行 <input type="checkbox"/> 200m歩行 <input type="checkbox"/> 500m歩行 <input type="checkbox"/> ( )m歩行 <input type="checkbox"/> トレッドミル運動負荷試験 <input type="checkbox"/> 自転車エルゴメータ運動負荷試験 <input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> その他( ) ※備考: ( )		
運動内容・処方	<input type="checkbox"/> 呼吸訓練 <input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> 筋力増強 <input type="checkbox"/> 日常生活動作 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他( ) ※運動処方: ( )		
上記について説明を受けました。 年 月 日			
本人・家族氏名			