

リハビリテーション総合実施計画書

| | | | | |
|------------------|------|-----|---|---|
| ID | 患者氏名 | 男・女 | | |
| 生年月日（明・大・昭・平・西暦） | 年 | 月 | 日 | 歳 |

| | | | | | |
|--|-------------------|--------|---------------|----------------|-------------------|
| 評価日：平成・西暦 | 年 | 月 | 日（ | 回目・ | ヶ月目） |
| 診断名： | | | | | |
| 発症日：(頃)・手術日： | | | | | |
| 治療内容(術式)： | | | | | |
| 合併症： | | | | | |
| 冠危険因子(既往)：□高血圧症 □脂質異常症 □糖尿病 □肥満 □高尿酸血症 □家族歴 □喫煙 | | | | | |
| □慢性腎臓病（CKD）□狭心症 □陳旧性心筋梗塞 □他（ | | | | | |
| 標準体重 | kg： | 現在の体重 | kg： | BMI(18.5～25.9) | kg/m ² |
| 目標血圧 | / | mmHg | 現在の血圧(又は家庭血圧) | / | mmHg |
| 血液検査結果 | | | | | |
| □HbA1c | % | □LDL-C | mg/dl | | |
| □HDL-C | mg/dl | □中性脂肪 | mg/dl | | |
| □他（ | | | | | |
| 心機能 | □左室駆出率（EF）【正常・低下】 | % | | | |
| | □他（ | | | | |
| 身体機能： | | | | | |
| □関節可動域制限（部位：） □疼痛（部位：） | | | | | |
| □筋力低下（部位：） □バランス障害（ | | | | | |
| □他（ | | | | | |
| 栄養* | | | | | |
| 栄養補給方法： □経口（□食事 □補助食品） | | | | | |
| (複数選択可) | | | | | |
| □経管栄養 □静脈栄養（□末梢 □中心） | | | | | |
| 嚥下調整食の必要性： □無 □有（学会分類コード：） | | | | | |
| 栄養状態：□問題なし □低栄養 □低栄養リスク □過栄養 □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 [#] ：（）kcal, たんぱく質（）g | | | | | |
| (経口・経管・静脈全て含む) | | | | | |
| # 入院直後等で不明の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（担当者一覧に管理栄養士の氏名も記入） | | | | | |
| 運動負荷試験結果（運動処方） | | | | | |
| 運動耐容能【良好・低下】（健常人の %： MET s） | | | | | |
| 運動処方（脈拍・血圧）： bpm / mmHg | | | | | |
| 自転車 | W | 分 | 回/週 | | |
| 歩行 | km/h | 分 | 回/週 | | |
| 他注意事項： | | | | | |
| 今後の運動療法継続について | | | | | |

☐当院にて ☐自宅にて ☐他施設にて（ ）

今後の検査・期間等について

説明日：平成・西暦 年 月 日 本人・家族氏名

医師： 理学療法士：

看護師： 他職種（ ）：

参加 ☐無職 ☐家事 ☐休職中 ☐発症後退職 ☐退職予定

☐転職 ☐転職予定 ☐配置転換 ☐現職復帰

・職種/業務内容/通勤方法等（ ）

・余暇・社会活動等（ ）

具体的目標とそのアプローチ：

活動 ・ADL ☐車椅子【自立・他人操作】 ☐介助歩行 ☐杖歩行 ☐屋内歩行 ☐屋外歩行

☐階段昇降 ☐他（ ）

・入浴 ☐入浴 ☐半身浴 ☐シャワー浴 ☐他（ ）

・コミュニケーション ☐問題なし ☐問題あり（ ）

・他（ ）

具体的目標とそのアプローチ：

環境 ☐独居 ☐同居（ ）、家族の協力体制【あり・困難】

☐一戸建【平屋・2階以上】 ☐集合住宅： 階居住、エレベーター【あり・なし】

☐その他（ ）

具体的目標とそのアプローチ：自宅改造/福祉機器【要・不要】 介護保険サービス【要・不要】

心理 ・自身の病気に対する不安 ☐なし ☐あり（具体的に： ）

・日常社会活動に対する不安 ☐なし ☐あり（具体的に： ）

・睡眠 ☐良好 ☐不良【入眠障害・中途覚醒・他（ ）

・食欲 ☐良好 ☐減退

具体的目標とそのアプローチ：

第三者の不利（発病による家族の社会生活変化や健康/心理問題の発生）

☐なし ☐あり（具体的に： ）

具体的目標とそのアプローチ：家族の役割/社会活動変化の必要性の有無

再発予防・健康維持・回復のための目標

☐病気の理解 ☐体力向上 ☐食事管理 ☐内服管理 ☐運動習慣の獲得 ☐禁煙 ☐他（ ）

再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

| | | |
|-------------|--|--|
| 『自己検脈』 | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 要指導 |
| 『家庭血圧・体重測定』 | <input type="checkbox"/> 実施している | <input type="checkbox"/> 要支援 |
| 『自分に合った運動』 | <input type="checkbox"/> 理解している | <input type="checkbox"/> 実践している <input type="checkbox"/> 要支援 |
| 『適切な食事・摂取量』 | <input type="checkbox"/> 理解している | <input type="checkbox"/> 実践している <input type="checkbox"/> 要支援 |
| 『正しい服薬』 | <input type="checkbox"/> 理解している | <input type="checkbox"/> 服薬忘れなし <input type="checkbox"/> 要支援 |
| 『薬の管理』 | <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族（ ） | <input type="checkbox"/> 他人（ ） |

『タバコ』
『症状出現時の対処法』
他『
☐禁煙 ☐受動喫煙 ☐喫煙（
☐理解している ☐要指導
☐（
本）☐要支援
）☐（
）☐（
）

本人・家族の希望