

| リハビリテーション実施計画書 |  |   |                                  |
|----------------|--|---|----------------------------------|
| 患者氏名           |  | 性別 (男・女)  | 年齢 (歳)                           |
| 算定病名           |  | 治療内容  | 計画評価実施日 (年 月 日)                  |
|                |  | <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法<br><input type="checkbox"/> 安静度・リスク | 発症日・手術日 (年 月 日)<br>リハ開始日 (年 月 日) |
| 併存疾患・合併症       |  |   | 禁忌・特記事項                          |

| 心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS・GCS) ( )<br><input type="checkbox"/> 呼吸機能障害<br><input type="checkbox"/> 酸素療法 ( ) L/min <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器<br><input type="checkbox"/> 循環障害<br><input type="checkbox"/> EF ( ) % <input type="checkbox"/> 不整脈 (有・無)<br><input type="checkbox"/> 危険因子<br><input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喫煙<br><input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 家族歴<br><input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 ( )<br><input type="checkbox"/> 栄養障害 ( )<br><input type="checkbox"/> 排泄機能障害 ( )<br><input type="checkbox"/> 褥瘡 ( )<br><input type="checkbox"/> 疼痛 ( )<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | <input type="checkbox"/> 関節可動域制限 ( )<br><input type="checkbox"/> 拘縮・変形 ( )<br><input type="checkbox"/> 筋力低下 ( )<br><input type="checkbox"/> 運動機能障害<br><input type="checkbox"/> (構音 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> パーキンソンズム)<br><input type="checkbox"/> 筋緊張異常 ( )<br><input type="checkbox"/> 感覚機能障害 (聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 表在覚 <input type="checkbox"/> 深部覚)<br><input type="checkbox"/> 音声・発話障害<br><input type="checkbox"/> (構音 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> その他 ( ))<br><input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (記憶 <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 遂行)<br><input type="checkbox"/> 精神行動障害 ( )<br><input type="checkbox"/> 見当識障害 ( )<br><input type="checkbox"/> 記憶障害 ( )<br><input type="checkbox"/> 発達障害<br><input type="checkbox"/> (自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害) |

| 基本動作   |                         |             |                 |                 |
|--|-------------------------|-------------|-----------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> 寝返り ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 ) <input type="checkbox"/> 座位保持 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 )<br><input type="checkbox"/> 起き上がり ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 ) <input type="checkbox"/> 立位保持 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 )<br><input type="checkbox"/> 立ち上がり ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                         |             |                 |                 |
| 日常生活活動(動作) (実行状況) ※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載  |                         |             |                 |                 |
|  | 項目                      | 得点          | 開始時→現在          |                 |
|  |                         | FIM         | BI              |                 |
| 運動   | セルフケア                   | 食事          | →               | 10・5・0 → 10・5・0 |
|  |                         | 整容          | →               | 5・0 → 5・0       |
|  |                         | 清拭・入浴       | →               | 5・0 → 5・0       |
|  |                         | 更衣(上半身)     | →               | 10・5・0 → 10・5・0 |
|  |                         | 更衣(下半身)     | →               | 10・5・0 → 10・5・0 |
|  | 排泄                      | トイレ         | →               | 10・5・0 → 10・5・0 |
|  |                         | 排尿コントロール    | →               | 10・5・0 → 10・5・0 |
|  | 移乗                      | 排便コントロール    | →               | 10・5・0 → 10・5・0 |
|  |                         | ベッド、椅子、車椅子  | →               | 15・10 → 15・10   |
|  | 移動                      | トイレ         | →               | 5・0 → 5・0       |
|  |                         | 浴槽・シャワー     | →               |                 |
|  |                         | 歩行 (杖・装具: ) | →               | 15・10 → 15・10   |
| 認知   | 車椅子                     | →           | 5・0 → 5・0       |                 |
|  | 階段                      | →           | 10・5・0 → 10・5・0 |                 |
|  | 小計 (FIM 13-91、BI 0-100) | →           | →               |                 |
|  | コミュニケーション               | 理解          | →               | /               |
|  |                         | 表出          | →               |                 |
| 社会的交流  |                         | →           |                 |                 |
| 問題解決   |                         | →           |                 |                 |
| 社会認識   | 記憶                      | →           |                 |                 |
|  | 小計 (FIM 5-35)           | →           |                 |                 |
| 合計 (FIM 18-126)  |                         | →           |                 |                 |

| 栄養(※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) |  |
|-------------------------------------|--|
| 基礎情報                                | <input type="checkbox"/> 身長(*1): ( ) cm <input type="checkbox"/> 体重: ( ) kg <input type="checkbox"/> BMI(*1): ( ) kg/m <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> 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 ) <input type="checkbox"/> 胃ろう<br><input type="checkbox"/> 嚥下調整食の必要性: ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: (学会分類コード ) )<br>栄養状態の評価: <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 ( )<br>【上記で「問題なし」以外に該当した場合に記載】<br>必要栄養量   熱量: ( ) kcal   タンパク質量 ( ) g<br>総摂取栄養量(経口・経腸・経静脈栄養の合計(*2))   熱量: ( ) kcal   タンパク質量 ( ) g<br>*1: 身長測定が困難な場合は省略可   *2: 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可 |

| 社会保障サービスの申請状況 ※該当あるもののみ   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 要介護状態区分等<br><input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援状態区分 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 )<br><input type="checkbox"/> 要介護状態区分 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ) | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br>種   級   | <input type="checkbox"/> 精神障害者<br>保健福祉手帳<br>級 | <input type="checkbox"/> 療育手帳・愛護手帳 <input type="checkbox"/> その他(難病等) |  |
| 目標(1ヶ月)   | 目標(終了時)   |   |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> 予定入院期間 ( )<br><input type="checkbox"/> 退院先 ( )<br><input type="checkbox"/> 長期的・継続的にケアが必要 |   |  |  |
| 治療方針(リハビリテーション実施方針)   | 治療内容(リハビリテーション実施内容)   |   |  |  |
| リハ担当医 _____ 主治医 _____<br>理学療法士 _____ 作業療法士 _____<br>言語聴覚士 _____ 看護師 _____<br>管理栄養士 _____ 社会福祉士 _____<br>説明者署名 _____   | 説明を受けた人: 本人、家族 ( )   説明日: 年 月 日<br>署名 _____   |   |  |  |

| 目標 ※該当する項目のみ記載する |  | 具体的な対応方針 ※必要な場合記載する |
|------------------|--|---------------------|
| 参加               | <input type="checkbox"/> 居住場所<br><input type="checkbox"/> 自宅( <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> マンション ) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 復職<br><input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 配置転換 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 通勤方法の変更<br><input type="checkbox"/> 就学・復学・進学<br><input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 就学に要配慮 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 療育・通学先 ( ) <input type="checkbox"/> 通学方法の変更 ( )<br><input type="checkbox"/> 家庭内役割 ( )<br><input type="checkbox"/> 社会活動 ( )<br><input type="checkbox"/> 趣味 ( )   |                     |
| 活動               | <input type="checkbox"/> 床上移動(寝返り、ずり這い移動、四つ這い移動など)<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施<br><input type="checkbox"/> 装具・杖等 <input type="checkbox"/> 環境設定<br><input type="checkbox"/> 屋内移動<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施<br><input type="checkbox"/> 装具・杖・車椅子等( )<br><input type="checkbox"/> 屋外移動<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施<br><input type="checkbox"/> 装具・杖・車椅子等( )<br><input type="checkbox"/> 自動車運転<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施<br><input type="checkbox"/> 改造( )<br><input type="checkbox"/> 公共交通機関利用<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施<br><input type="checkbox"/> 種類( )<br><input type="checkbox"/> 排泄(移乗以外)<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助( <input type="checkbox"/> 下衣操作 <input type="checkbox"/> 拭き動作 <input type="checkbox"/> カテーテル )<br><input type="checkbox"/> 種類( <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> その他( ) )<br><input type="checkbox"/> 食事<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施<br><input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> フォーク等 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは経管<br><input type="checkbox"/> 食形態( )<br><input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助<br><input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助<br><input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助<br><input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー<br><input type="checkbox"/> 洗体介助 <input type="checkbox"/> 移乗介助<br><input type="checkbox"/> 家事<br><input type="checkbox"/> 全て実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 一部実施: ( )<br><input type="checkbox"/> 書字<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 利き手交換後自立 <input type="checkbox"/> その他: ( )<br><input type="checkbox"/> PC・スマートフォン・ICT<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助<br><input type="checkbox"/> コミュニケーション<br><input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助<br><input type="checkbox"/> コミュニケーション機器 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 他者からの協力 |                     |

  

|        | 対応を要する項目   | 具体的な対応方針 |
|--------|--|----------|
| 心理     | <input type="checkbox"/> 精神的支援 ( )<br><input type="checkbox"/> 障害の受容 ( )<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |          |
| 環境     | <input type="checkbox"/> 自宅の改築等 ( )<br><input type="checkbox"/> 福祉機器の導入 ( )<br><input type="checkbox"/> 社会保障サービス<br><input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 難病・小慢受給者証 <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 介護保険サービス<br><input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護<br><input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 障害福祉サービス等<br><input type="checkbox"/> 放課後デイ <input type="checkbox"/> 児童発達支援(医療・福祉) <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |          |
| 第三者の不利 | <input type="checkbox"/> 退院後の主介護者 ( )<br><input type="checkbox"/> 家族構成の変化 ( )<br><input type="checkbox"/> 家庭内役割の変化 ( )<br><input type="checkbox"/> 家族の社会活動変化 ( )   |          |