

リハビリテーション実施計画書

患者氏名:		男・女		生年月日(西暦)		年		月		日		計画評価実施日		年		月		日		
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST												
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日):				合併症(コントロール状態):								発症前の活動、社会参加:								
日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2				認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M																
※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、管理栄養士の氏名を上表に記入の上、下表の「栄養」欄も必ず記入のこと。																				
評価項目・内容 (コロン(:)の後ろに具体的内容を記入)																				
心 身 機 能 ・ 構 造	<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS、GCS): <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害:										<input type="checkbox"/> 音声・発話障害 (<input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症:種類) <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> その他:									
	基本動作 寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 座位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助): 立位 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助):																			
活 動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)																			
	ADL (B.I.)		自立	一部 介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容		使用用具(杖、装具)		介助内容										
	食事		10	5	0															
	移乗		15	10 ←監視下																
	座れるが移れない→		5		0															
	整容		5	0	0															
	トイレ動作		10	5	0															
	入浴		5	0	0															
	平地歩行		15	10←歩行器等		歩行:														
	車椅子操作が可能 →		5		0	車椅子:														
	階段		10	5	0															
	更衣		10	5	0															
	排便管理		10	5	0															
	排尿管理		10	5	0															
合計(0~100点)		点																		
コミュニケーション																				
栄 養	身長 ^{#1} : ()cm, 体重: ()kg, BMI ^{#1} : ()kg/m ² #1 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 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal, たんぱく質()g #2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可																			
	目標 (1ヶ月後、退院時):										本人・家族の希望:									
	リハビリテーションの治療方針:																			
	目標到達予想時期:												説明者署名:							
本人・家族への説明: 年 月 日										説明を受けた人:本人、家族() 署名:										