

(別紙様式21)

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)	計画評価実施日 (年 月 日)
算定病名	治療内容	発症日・手術日 (年 月 日)	リハ開始日 (年 月 日)
	<input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法		
併存疾患・合併症	安静度・リスク	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) <input type="checkbox"/> 呼吸機能障害 <input type="checkbox"/> 酸素療法 () L/min <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 循環障害 <input type="checkbox"/> EF () % <input type="checkbox"/> 不整脈 (有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 危険因子 <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 <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 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 () <input type="checkbox"/> 栄養障害 () <input type="checkbox"/> 排泄機能障害 () <input type="checkbox"/> 褥瘡 () <input type="checkbox"/> 疼痛 () <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 関節可動域制限 () <input type="checkbox"/> 拘縮・変形 () <input type="checkbox"/> 筋力低下 () <input type="checkbox"/> 運動機能障害 (<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> パーキンソン症) <input type="checkbox"/> 筋緊張異常 () <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 (<input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 表在覚 <input type="checkbox"/> 深部覚) <input type="checkbox"/> 音声・発話障害 (<input type="checkbox"/> 構音 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (<input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 遂行) <input type="checkbox"/> 精神行動障害 () <input type="checkbox"/> 見当識障害 () <input type="checkbox"/> 記憶障害 () <input type="checkbox"/> 発達障害 (<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) <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) <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 FIM	開始時→現在 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	→ 15・10 → 15・10
		歩行 (杖・装具:)	→ 5・0 → 5・0
車椅子		→ 10・5・0 → 10・5・0	
階段		→ 10・5・0 → 10・5・0	
小計 (FIM 13-91、BI 0-100)		→	
認知	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)		→	

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 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援状態区分 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <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 種 級	<input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳 級	<input type="checkbox"/> 療育手帳・愛護手帳 障害程度	<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 () <input type="checkbox"/> 退院先 () <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 _____ 理学療法士 _____ 作業療法士 _____ 言語聴覚士 _____ 看護師 _____ 管理栄養士 _____ 社会福祉士 _____ 説明者署名		説明を受けた人: 本人、家族 () 説明日: 年 月 日 署名			