

| 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 <input type="checkbox"/> 安静度・リスク | | 禁忌・特記事項 |
| 併存疾患・合併症 | | | | |

| 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"/> パーキンソニズム <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"/> (<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 | 開始時→現在 | 使用用具及び 介助内容等 | |
| | | 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 | |
| 車椅子 | | → | 5・0 → 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) | | → | | | |

| 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 ² 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 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 () 【上記で「問題なし」以外に該当した場合に記載】 必要栄養量 熱量: () kcal タンパク質量 () g 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 *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 <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 _____ | | | |