## リハビリテーション宝協計画書(1)

リノ	ハビリア・	_	ン	' 彐	ン	( )	き他計	一世書	<b>計(工)</b>				計画評価実施日	年 月 日	
	者氏名:	₹%	_	307. 1	/a' n	A-A-1							日( 歳)要介	:護度:	
健康状態(原因疾患, 発症·受傷日等)							合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 呼吸器疾患, 糖尿病等)					○身機能 □運動機能障害: □感覚機能障害: □高次解機能障害:			
参力	1 主目標	Ę (	(コロ	コン	(:)	) の	後に具体	的内容	を記入)				一 一	]	
退院	先 □	自	包	□?	<u>-</u> の	他:		□ì	退院未定				□拘縮:(部位	)	
社会 外出	内役割(家事へ 活動: (内容・頻度等) 活動(内容・頻月	:		1、等	学):								□関節痛: (部位 □その他 (		
退院	後利用資源:												認知症に関する評価		
	自立·介護	白	見				の評価及び	:			-	具体的	なアプローチ		
	状況 項目	立、立	守	部介		わ	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助	カ内容 ・もたれ等	到達時期	重点項目	PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	その他の従事者が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点	
	トイレへの 移動														
	階段昇降														
	屋内移動														
	屋外移動														
	^														
日	食事						••••••					<u> </u>			
常生	排泄(昼)														
活	排泄(夜)				ļ										
· 社	整容			<u></u>	ļ										
会活	更衣														
動	入浴														
	コミュニケー ション														
	家事														
	外出														
	自立·介護 状況	自	見	1—		在行	の評価及で 使用用具	び目標			重		なアプローチ	1	
	項目	立立	守	部介	<b>△</b>	わ	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など		カ内容 ・もたれ等	到達時期	<b>単点項目</b>	PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	その他の従事者が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点	
	寝返り														
	起きあがり									*************	***************************************				
起居動作	座位														
	立ち上がり			ļ		<u></u>									
	立位														
-	摂食・嚥下														
ļ		<b></b>	<b>_</b>	<b>1</b>	1	ļ		ļ		ļ	ļ			1	

```
身長<sup>#1</sup>:( )cm, 体重・( )kg, BMI<sup>#1</sup>:( )kg/m<sup>2</sup> #1 身長測定が困難な場合は省略可
栄養状態: □問題なし、□低栄養、□低栄養リスク、□過栄養、□その他( )
栄養補給方法(複数選択可): □経口(□食事、□補助食品)、□経管栄養、□静脈栄養(□末梢、□中心)
養 嚥下調整食の必要性: □無、□有(学会分類コード: )
【「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<sup>#2</sup>(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
```

※回復期リハビリテーション病棟入院科1を算定する場合は必ず記入のこと(リハビリテーション実施計画書(2)の担当者一覧に管理栄養士の氏名も記載)

## リハビリテーション実施計画書(2)

_				. — 、 ,					
ご本	:人の希望( 生	<b>手</b> 月	日)						
ご家	族の希望(	手 月	日)						
_	7	Lyky n 1							
	その人らしく生活っ	るための赤	イント						
生活									
目標									
IJ	ご本人の状態や生	活環境の改	て善・生きがい	、楽しみのう	支援に向けて	この取り組み	*		
ハビ									
IJ									
テー									
シ									
ョン									
プロ									
グ									
ラム									
ご本	:人に行ってもらうこ	. <u></u>							
ご家	族にお願いしたい	こと							
病気	ことの関係で気をつ	けること							
前回	計画書作成時から	の改善・変	化等(月	日)					
備考	a.								
NH1 - C	,								
<u></u>									
	担当医:								
担业	●PT•OT•ST:	(	)	(	)	(	)	(	)
担当チ	_			,			/ >		
     	●看護·介護:	(	),	(	),	(	),	(	)
	•	(	),	(	),	(	),	(	)
Щ									( )内は職種を記入
	:人・ご家族への説	明と同意:	4		目		-le 1)		
ご本人サイン:			ご家族サ	ナイン:		説明			

注: 本計画書に記載されている情報は、適切な医療・介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。