

リハビリテーション実施計画書(1)

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名: 性別: 男・女 生年月日 年 月 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)	心身機能 <input type="checkbox"/> 運動機能障害: [ ] <input type="checkbox"/> 感覚機能障害: [ ] <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: [ ] <input type="checkbox"/> 拘縮:(部位 ) <input type="checkbox"/> 関節痛:(部位 ) <input type="checkbox"/> その他( ) [ ]
参加 主目標 (コロンの:)の後に具体的内容を記入)		認知症に関する評価
退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定		
家庭内役割(家事への参加、等):		
社会活動: 外出(内容・頻度等):		
余暇活動(内容・頻度等):		
退院後利用資源:		

自立・介護 状況 項目		現在の評価及び目標						具体的なアプローチ					
		自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助内容 つたい・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
日常生活・社会活動	トイレへの移動												
	階段昇降												
	屋内移動												
	屋外移動												
	食事												
	排泄(昼)												
	排泄(夜)												
	整容												
	更衣												
	入浴												
	コミュニケーション												
	家事												
	外出												

自立・介護 状況 項目		現在の評価及び目標						具体的なアプローチ					
		自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助内容 つたい・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
起居動作	寝返り												
	起きあがり												
	座位												
	立ち上がり												
	立位												
摂食・嚥下													

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例: ㊦ 目標 ㊧ 実行状況 ㊨ 能力

栄養※	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: <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 ( ) 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: ( ) ) 【「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料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（ 年 月 日）
----------------

ご家族の希望（ 年 月 日）
----------------

生活目標	その人らしく生活するためのポイント
リハビリテーションプログラム	ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい、楽しみの支援に向けての取り組み

ご本人に行ってもらふこと
ご家族にお願いしたいこと
病気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
----

担当チーム	担当医： _____
	●PT・OT・ST： _____（ ） _____（ ） _____（ ） _____（ ）
	●看護・介護： _____（ ） _____（ ） _____（ ） _____（ ）
	● _____（ ） _____（ ） _____（ ） _____（ ） ( )内は職種を記入

ご本人・ご家族への説明と同意： 年 月 日  
 ご本人サイン： \_\_\_\_\_ ご家族サイン： \_\_\_\_\_ 説明者サイン： \_\_\_\_\_

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。