（別紙様式21の2）

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

□意識障害 (JCS、GCS)：
□運動障害：
□感覚障害：
□摂食障害：
□排泄障害：
□呼吸、循環障害：

□ 音声・発話障害
(□構音障害, □失語症：種類)
□ 関節可動域制限：
□ 筋力低下：
□ 褥瘡：
□ その他：

基本動作
寝返り (□自立 □一部介助 □全介助)：
起き上がり (□自立 □一部介助 □全介助)：
座位 (□自立 □一部介助 □全介助)：
立ち上がり (□自立 □一部介助 □全介助)：
立位 (□自立 □一部介助 □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)：□経口(□食事 □補助食品) □経管栄養 □静脈栄養(□末梢 □中心)
嚥下調整食の必要性：□無, □有(学会分類コード：)
栄養状態：□問題なし □低栄養 □低栄養リスク □過栄養 □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：