

リハビリテーション総合実施計画書

ID	患者氏名	男・女		
生年月日（明・大・昭・平・西暦）	年	月	日	歳

評価日：平成・西暦	年	月	日（	回目・	ヶ月目）
診断名：					
発症日：(頃)・手術日：					
治療内容(術式)：					
合併症：					
冠危険因子(既往)：□高血圧症 □脂質異常症 □糖尿病 □肥満 □高尿酸血症 □家族歴 □喫煙					
□慢性腎臓病（CKD）□狭心症 □陳旧性心筋梗塞 □他（					
標準体重	kg：	現在の体重	kg：	BMI(18.5～25.9)	kg/m ²
目標血圧	/	mmHg	現在の血圧(又は家庭血圧)	/	mmHg
血液検査結果					
□HbA1c	%	□LDL-C	mg/dl		
□HDL-C	mg/dl	□中性脂肪	mg/dl		
□他（					
心機能	□左室駆出率（EF）【正常・低下】	%			
	□他（				
身体機能：					
□関節可動域制限（部位：） □疼痛（部位：）					
□筋力低下（部位：） □バランス障害（					
□他（					
栄養*					
栄養補給方法： □経口（□食事 □補助食品）					
(複数選択可)					
□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#：（）kcal, たんぱく質（）g					
(経口・経管・静脈全て含む)					
# 入院直後等で不明の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（担当者一覧に管理栄養士の氏名も記入）					
運動負荷試験結果（運動処方）					
運動耐容能【良好・低下】（健常人の %： MET s）					
運動処方（脈拍・血圧）： bpm / mmHg					
自転車	W	分	回/週		
歩行	km/h	分	回/週		
他注意事項：					
今後の運動療法継続について					

☐当院にて ☐自宅にて ☐他施設にて（ ）

今後の検査・期間等について

説明日：平成・西暦 年 月 日 本人・家族氏名

医師： 理学療法士：

看護師： 他職種（ ）：

参加 ☐無職 ☐家事 ☐休職中 ☐発症後退職 ☐退職予定

☐転職 ☐転職予定 ☐配置転換 ☐現職復帰

・職種/業務内容/通勤方法等（ ）

・余暇・社会活動等（ ）

具体的目標とそのアプローチ：

活動 ・ADL ☐車椅子【自立・他人操作】 ☐介助歩行 ☐杖歩行 ☐屋内歩行 ☐屋外歩行

☐階段昇降 ☐他（ ）

・入浴 ☐入浴 ☐半身浴 ☐シャワー浴 ☐他（ ）

・コミュニケーション ☐問題なし ☐問題あり（ ）

・他（ ）

具体的目標とそのアプローチ：

環境 ☐独居 ☐同居（ ）、家族の協力体制【あり・困難】

☐一戸建【平屋・2階以上】 ☐集合住宅： 階居住、エレベーター【あり・なし】

☐その他（ ）

具体的目標とそのアプローチ：自宅改造/福祉機器【要・不要】 介護保険サービス【要・不要】

心理 ・自身の病気に対する不安 ☐なし ☐あり（具体的に： ）

・日常社会活動に対する不安 ☐なし ☐あり（具体的に： ）

・睡眠 ☐良好 ☐不良【入眠障害・中途覚醒・他（ ）

・食欲 ☐良好 ☐減退

具体的目標とそのアプローチ：

第三者の不利（発病による家族の社会生活変化や健康/心理問題の発生）

☐なし ☐あり（具体的に： ）

具体的目標とそのアプローチ：家族の役割/社会活動変化の必要性の有無

再発予防・健康維持・回復のための目標

☐病気の理解 ☐体力向上 ☐食事管理 ☐内服管理 ☐運動習慣の獲得 ☐禁煙 ☐他（ ）

再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

『自己検脈』

☐できる

☐要指導

『家庭血圧・体重測定』

☐実施している

☐要支援

『自分に合った運動』

☐理解している

☐実践している

☐要支援

『適切な食事・摂取量』

☐理解している

☐実践している

☐要支援

『正しい服薬』

☐理解している

☐服薬忘れなし

☐要支援

『薬の管理』

☐自分 ☐家族（ ）

☐要指導

☐要支援

☐他人（ ）

『タバコ』
『症状出現時の対処法』
他『 』

☐禁煙 ☐受動喫煙 ☐喫煙（ 本）☐要支援
☐理解している ☐要指導
☐（ ）☐（ ）☐（ ）

本人・家族の希望