

## リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女				年生 ( 歳)		計画評価実施日 年 月 日			
リハ担当医		PT		OT		ST				
原因疾患(発症・受傷日)					合併疾患・コントロール状態(高血圧, 心疾患, 糖尿病等)					

評価項目・内容(コロンの後に具体的内容を記入)										
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9: <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT: )					<input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害( <input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症:種類 ) <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 起立性低血圧:				
	基本動作 立位保持(装具: ) <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 平行棒内歩行(装具: ) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施 訓練室内歩行(装具: ) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施									

自立度	日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」					訓練時能力:「できる“活動”」								
	自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具・装具	姿勢・実行場所・介助内容等	自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具・装具	姿勢・場所(訓練室・病棟等)・介助内容等
活動	屋外歩行													
	病棟トイレへの歩行													
	病棟トイレへの車椅子駆動													
	車椅子・ベッド間移乗													
	椅子座位保持													
	ベッド起き上がり													
	排尿(昼)													
排尿(夜)														
食事														
整容														
更衣														
装具・靴の着脱														
入浴														
コミュニケーション														
活動度 日中臥床: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(時間帯: 理由 ) 日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子, <input type="checkbox"/> 車椅子, <input type="checkbox"/> ベッド上, <input type="checkbox"/> ギャッチアップ														

参加	職業 (含:主婦・学生) (職種・業種・仕事内容: )	社会参加(内容・頻度等, 発症前状況を含む。)

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) 嚥下調整発の必要性: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(学会分類コード: ) 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( ) 【「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(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)

目標	本人の希望
	家族の希望
方針	リハビリテーション終了の目安・時期

本人・家族への説明 年 月 日	本人サイン		家族サイン		説明者サイン	
-----------------	-------	--	-------	--	--------	--