

リハビリテーション 実施計画書

ID:

評価日(開始日): 年 月 日

患者氏名:

男・女

生年月日

年 月 日 (歳)

主治医・説明医師:		リハ担当医:		看護師:	
理学療法士:		他職種()			

診 断 名			合 併 症		
入 院 日	年 月 日	発 症 日	年 月 日(頃)		
手 術 日	年 月 日	治療法(術式)			
冠危険因子 (既往歴)	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病(CKD) <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> その他()				

活動時のリスク	心機能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 低下 (EF %)	関節可動域制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	不整脈	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	虚血(残存狭窄)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	その他			

栄養*

身長^{#1}:()cm, 体重:()kg, BMI^{#1}:()kg/m² #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

*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)

日常生活(病棟)の自立度(実際に行っている活動)

安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 室内歩行 <input type="checkbox"/> 病棟内歩行 <input type="checkbox"/> 院内歩行 <input type="checkbox"/> 屋外歩行			
起居	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助	※備考: ()		
歩行(移動)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施	※備考: <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
ベッドから車椅子(ストレッチャー)への移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施	※備考: ()		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 未実施	※備考: ()		
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助	※備考: <input type="checkbox"/> 点滴有 <input type="checkbox"/> 点滴無 <input type="checkbox"/> その他()		
排泄(排尿)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助	※備考: <input type="checkbox"/> 車椅子トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 尿バルーン留置 <input type="checkbox"/> その他()		
排泄(排便)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助	※備考: <input type="checkbox"/> 車椅子トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> ベッド上		
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視下 <input type="checkbox"/> 介助	※備考: <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 洗髪 <input type="checkbox"/> 清拭		
コミュニケーション (意思伝達)	<input type="checkbox"/> 成立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難	※備考: ()		

環境	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居() <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅	居住階()階:エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 事務仕事 <input type="checkbox"/> 肉体仕事	職種・通勤方法等

再発予防・健康維持のための目標

☐病気への理解 ☐内服管理 ☐食事管理 ☐運動習慣の獲得 ☐体力向上 ☐禁煙
☐その他 ()

本人・家族の希望・目標

運動目標・方針(負荷試験)と運動内容(以下、チェックした項目を順に行っていく予定)

開始日(起算日)	年 月 日	予定期間	
運動目標・方針 (負荷試験)	<input type="checkbox"/> 立位・ベッド周囲歩行 <input type="checkbox"/> 50m歩行 <input type="checkbox"/> 100m歩行 <input type="checkbox"/> 200m歩行 <input type="checkbox"/> 500m歩行 <input type="checkbox"/> ()m歩行 <input type="checkbox"/> トレッドミル運動負荷試験 <input type="checkbox"/> 自転車エルゴメータ運動負荷試験 <input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> その他() ※備考: ()		
運動内容・処方	<input type="checkbox"/> 呼吸訓練 <input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> 筋力増強 <input type="checkbox"/> 日常生活動作 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> その他() ※運動処方: ()		

上記について説明を受けました.

年 月 日

本人・家族氏名