

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/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): <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:)								
	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 ^{#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	<input type="checkbox"/> 病気への理解 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 食事管理 <input type="checkbox"/> 運動習慣の獲得 <input type="checkbox"/> 体力向上 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 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									