

(別紙様式21の4)

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)

☐高血圧 ☐脂質異常症 ☐糖尿病 ☐高尿酸血症 ☐慢性腎臓病(CKD) ☐肥満 ☐喫煙

☐陳旧性心筋梗塞 ☐狭心症 ☐家族歴 ☐その他( )

活動時のリスク

心機能

☐正常 ☐低下(EF %)

関節可動域制限

☐無 ☐有( )

不整脈

☐無 ☐有( )

虚血(残存狭窄)

☐無 ☐有( )

その他

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): ☐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<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)

日常生活(病棟)の自立度(実際に行っている活動)

安静度

☐ベッド上 ☐車椅子 ☐室内歩行 ☐病棟内歩行 ☐院内歩行 ☐屋外歩行

起居

☐自立 ☐監視下 ☐介助

※備考:( )

歩行(移動)

☐自立 ☐監視下 ☐介助 ☐未実施

※備考:☐歩行 ☐杖・歩行器 ☐車椅子 ☐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

☐自立 ☐監視下 ☐介助 ☐未実施

※備考:( )

食事

☐自立 ☐監視下 ☐介助 ☐未実施

※備考:( )

更衣

☐自立 ☐監視下 ☐介助

※備考:☐点滴有 ☐点滴無 ☐その他( )

排泄(排尿)

☐自立 ☐監視下 ☐介助

※備考:☐車椅子トイレ ☐ポータブルトイレ ☐ベッド上  
☐尿バルーン留置 ☐その他( )

排泄(排便)

☐自立 ☐監視下 ☐介助

※備考:☐車椅子トイレ ☐ポータブルトイレ ☐ベッド上

清潔

☐自立 ☐監視下 ☐介助

※備考:☐入浴 ☐シャワー ☐洗髪 ☐清拭

コミュニケーション  
(意思伝達)

☐成立 ☐やや困難 ☐困難

※備考:( )

環境

☐独居 ☐同居( ) ☐一戸建 ☐集合住宅

居住階( )階:エレベーター ☐無 ☐有

職業

☐無職 ☐家事 ☐事務仕事 ☐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)

☐立位・ベッド周囲歩行 ☐50m歩行 ☐100m歩行 ☐200m歩行 ☐500m歩行 ☐ ( )m歩行

☐トレッドミル運動負荷試験 ☐自転車エルゴメータ運動負荷試験 ☐6分間歩行試験

☐その他( )

※備考:( )

運動内容・処方

☐呼吸訓練 ☐ストレッチ ☐筋力増強 ☐日常生活動作 ☐歩行 ☐自転車 ☐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