

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・等 | 使用用具・装具 | 姿勢・場所(訓練室・病棟等) | 使用用具・装具 | 姿勢・場所(訓練室・病棟等) |
| ADL・ASL等 | | | | | | | | | | | |
| 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 ^{#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)

| | |
|----|-------------------|
| 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 | |
|-----------|-------|-------|--|-------|--|--------|--|