

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															
活動	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”」									
	ADL・ASL等		自 立	監 視	一 部 介 助	全 介 助	非 実 施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 等	独 立	監 視	一 部 介 助	全 介 助	非 実 施	使用用具 杖・装具	姿勢・ 場所(訓練室・病棟等) 介助内容等
	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			