

リハビリテーション実施計画書			
患者氏名		性別 (男 ・ 女)	年齢 (歳)
算定病名		治療内容	計画評価実施日 (年 月 日)
		<input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法 <input type="checkbox"/> 安静度・リスク	発症日・手術日 (年 月 日) リハ開始日 (年 月 日)
併存疾患・合併症			禁忌・特記事項

心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載	
<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS ・ GCS) <input type="checkbox"/> 呼吸機能障害 <input type="checkbox"/> 酸素療法 () L/min <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 循環障害 <input type="checkbox"/> EF () % <input type="checkbox"/> 不整脈 (有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 危険因子 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 () <input type="checkbox"/> 栄養障害 () <input type="checkbox"/> 排泄機能障害 () <input type="checkbox"/> 褥瘡 () <input type="checkbox"/> 疼痛 () <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 関節可動域制限 () <input type="checkbox"/> 拘縮・変形 () <input type="checkbox"/> 筋力低下 () <input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> パーキンソニズム <input type="checkbox"/> 筋緊張異常 () <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 (<input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 表在覚 <input type="checkbox"/> 深部覚) <input type="checkbox"/> 音声・発話障害 <input type="checkbox"/> 構音 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (<input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 遂行) <input type="checkbox"/> 精神行動障害 () <input type="checkbox"/> 見当識障害 () <input type="checkbox"/> 記憶障害 () <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害)

基本動作				
<input type="checkbox"/> 寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 座位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 立位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施) <input type="checkbox"/> その他 ()				
日常生活活動(動作) (実行状況) ※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載				
	項目	得点 開始時→現在	使用用具及び 介助内容等	
		FIM BI		
運動	セルフ ケア	食事	→ 10・5・0 → 10・5・0	
		整容	→ 5・0 → 5・0	
		清拭・入浴	→ 5・0 → 5・0	
		更衣(上半身)	→ 10・5・0 → 10・5・0	
		更衣(下半身)	→ 10・5・0 → 10・5・0	
	排泄	トイレ	→ 10・5・0 → 10・5・0	
		排尿コントロール	→ 10・5・0 → 10・5・0	
	移乗	排便コントロール	→ 10・5・0 → 10・5・0	
		ベッド、椅子、車椅子	→ 15・10 → 15・10	
	移動	トイレ	→ 5・0 → 5・0	
		浴槽・シャワー	→ 15・10 → 15・10	
		歩行 (杖・装具:)	→ 5・0 → 5・0	
車椅子		→ 10・5・0 → 10・5・0		
階段		→ 10・5・0 → 10・5・0		
小計 (FIM 13-91、BI 0-100)		→ →		
認知	コミュニケーション	理解	→	
	表出	→		
	社会的交流	→		
	問題解決	→		
	記憶	→		
小計 (FIM 5-35)		→		
合計 (FIM 18-126)		→		

栄養(※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)	
基礎情報	<input type="checkbox"/> 身長(*1): () cm <input type="checkbox"/> 体重: () kg <input type="checkbox"/> BMI(*1): () kg/m ² 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) <input type="checkbox"/> 胃ろう 嚥下調整食の必要性: (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: (学会分類コード)) 栄養状態の評価: <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 () 【上記で「問題なし」以外に該当した場合に記載】 必要栄養量 熱量: () kcal タンパク質量 () g 総摂取栄養量(経口・経腸・経静脈栄養の合計(*2)) 熱量: () kcal タンパク質量 () g *1: 身長測定が困難な場合は省略可 *2: 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

社会保障サービスの申請状況 ※該当あるもののみ				
<input type="checkbox"/> 要介護状態区分等 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援状態区分 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護状態区分 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級	<input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳 級	<input type="checkbox"/> 療育手帳・愛護手帳 障害程度	<input type="checkbox"/> その他(難病等)
目標(1ヶ月)	目標(終了時)			
	<input type="checkbox"/> 予定入院期間 () <input type="checkbox"/> 退院先 () <input type="checkbox"/> 長期的・継続的にケアが必要			
治療方針(リハビリテーション実施方針)	治療内容(リハビリテーション実施内容)			
リハ担当医 _____ 主治医 _____ 理学療法士 _____ 作業療法士 _____ 言語聴覚士 _____ 看護師 _____ 管理栄養士 _____ 社会福祉士 _____ 説明者署名 _____	説明を受けた人: 本人、家族 () 説明日: 年 月 日 署名 _____			