

(別紙様式21の6)

事業所番号\_\_\_\_\_リハビリテーション計画書 ☐入院 ☐外来 ☐訪問 ☐通所 計画作成日:平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
氏名: \_\_\_\_\_様 性別: ☐男 ☐女 生年月日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ( \_\_\_\_\_歳) ☐要支援 ☐要介護: \_\_\_\_\_  
リハビリテーション担当医: \_\_\_\_\_ 担当: \_\_\_\_\_ (☐PT ☐OT ☐ST ☐看護職員 ☐その他従事者( \_\_\_\_\_ )

■本人の希望(したい又はできるようにしたい生活の希望等)	■家族の希望(本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等)
<div></div>	<div></div>

■健康状態、経過			
原因疾病:	発症日・受傷日:	年 月 日	直近の入院日: 年 月 日 直近の退院日: 年 月 日
治療経過(手術がある場合は手術日・術式等):			
合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等):			
これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等):			

目標設定等支援・管理シート: ☐あり ☐なし

日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

■心身機能・構造			
項目	現在の状況	活動への支障	将来の見込み(※)
筋力低下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
麻痺	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
感覚機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
関節可動域制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
失語症・構音障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
見当識障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
記憶障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
その他の 高次脳機能障害 ( _____ )	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
栄養障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
褥瘡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
疼痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
精神行動障害 (BPSD)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する			

■環境因子(※課題ありの場合 <input checked="" type="checkbox"/> 現状と将来の見込みについて記載する)			
課題	状況		
家族	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居( _____ )	
福祉用具等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	調整 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未調整
住環境	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅:居住階( _____ 階) <input type="checkbox"/> 階段、 <input type="checkbox"/> エレベータ <input type="checkbox"/> 手すり(設置場所: _____ ) 食卓( <input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル・いす) トイレ( <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ)	調整 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 改修中 <input type="checkbox"/> 未調整
自宅周辺	<input type="checkbox"/>		
社会参加	<input type="checkbox"/>		
交通機関の利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有( _____ ) <input type="checkbox"/> 無	
サービスの利用	<input type="checkbox"/>		
その他	<input type="checkbox"/>		

■リハビリテーションの目標
(長期)
(短期(今後3ヶ月間))
■リハビリテーション実施上の留意点
(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

■活動(基本動作、移動能力、認知機能等)			
	現在の状況		将来の見込み(※)
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
立ち上がり	いすから	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
	床から	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
<input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> Timed Up & Go Test			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
<input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	
コミュニケーションの状況			<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化

■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)				
項目	自立	一部介助	全介助	将来の見込み(※)
食事	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
イスとベッド間の 移乗	15	10 ← 監視下 座れるが移れない→ 5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
整容	5	0	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
トイレ動作	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
入浴	5	0	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
平地歩行	15	10 ← 歩行器等 車椅子操作が可能→5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
階段昇降	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
更衣	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
排便コントロール	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
排尿コントロール	10	5	0	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化
合計点				
※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する				

■社会参加の状況(過去実施していたものと現状について記載する)	
家庭内の役割の内容	
余暇活動 (内容および頻度)	
社会地域活動 (内容および頻度)	
リハビリテーション終了後に 行いたい社会参加等の取組	

■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)
■リハビリテーション終了の目安・時期

利用者・ご家族への説明: 平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

本人のサイン: _____	家族サイン: _____	説明者サイン: _____
特記事項: _____		