

(別紙様式21の5)

# リハビリテーション実施計画書

ID	患者氏名	男・女	生年月日（明・大・昭・平・西暦）	年	月	日	歳
平成・西暦 年 月 日（ 回目・ ヶ月目）							
<b>診断名：</b>				<b>再発防止に対する理解と支援・指導の必要性</b>			
<b>発症日：</b> (填)・手術日：				『自己検脈』 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要指導			
<b>治療内容(術式)：</b>				『家庭血圧・体重測定』 <input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 要支援			
<b>合併症：</b>				『自分に合った運動』 <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 実践している <input type="checkbox"/> 要支援			
<b>冠危険因子(既往)：</b> <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				『適切な食事・摂取量』 <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 実践している <input type="checkbox"/> 要支援			
<input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病（CKD） <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 狭心症				『正しい服薬』 <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 服薬忘れなし <input type="checkbox"/> 要支援			
<input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 他（ ）				『薬の管理』 <input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族（ ） <input type="checkbox"/> 他人（ ）			
標準体重 kg： 目標血圧 / mmHg				『自身の病気』 <input type="checkbox"/> 不安がない <input type="checkbox"/> 不安がある			
現在の体重 kg： BMI（18.5～24.9） kg/m <sup>2</sup>				『日常生活活動・復職』 <input type="checkbox"/> 不安がない <input type="checkbox"/> 不安がある			
現在の血圧(又は家庭血圧) / mmHg				『余暇・社会活動』 <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 実践している <input type="checkbox"/> 要支援			
				『睡眠』 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良【入眠障害・中途覚醒・他】			
				『タバコ』 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 受動喫煙 <input type="checkbox"/> 喫煙（ 本） <input type="checkbox"/> 要支援			
				『症状出現時の対処法』 <input type="checkbox"/> 理解している <input type="checkbox"/> 要指導			
				『 』 <input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> （ ）			
				『 』 <input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> （ ）			
<b>血液検査結果</b>				<b>多職種による再発予防への取り組み</b>			
<input type="checkbox"/> HbA1c（6.5% 未満） %				（支援・指導が必要な項目にチェックをつける）			
<input type="checkbox"/> LDLコレステロール（100mg/dl 未満） mg/dl				<input type="checkbox"/> 『運動・日常生活動作について』			
<input type="checkbox"/> HDLコレステロール（40mg/dl 以上） mg/dl				担当者/職種: _____			
<input type="checkbox"/> 中性脂肪（TG：150mg/dl 以下） mg/dl				<input type="checkbox"/> 呼吸訓練 <input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> 筋力増強 <input type="checkbox"/> ADL訓練 <input type="checkbox"/> 歩行			
<input type="checkbox"/> BNP pg/ml				<input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 他（ ）			
<input type="checkbox"/> 他（ ）							
<b>心機能：</b> 左室駆出率（EF）【正常・低下】 %				<input type="checkbox"/> 『栄養・食事について』			
他所見（ ）				担当者/職種: _____			
				3ヶ月（ ）			
<b>ADL</b> <input type="checkbox"/> 車椅子【自立・他人操作】 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行				<input type="checkbox"/> 『お薬について』			
<input type="checkbox"/> 屋内歩行 <input type="checkbox"/> 屋外歩行 <input type="checkbox"/> 他（ ）				担当者/職種: _____			
				3ヶ月（ ）			
<b>栄養*</b> 栄養補給方法： <input type="checkbox"/> 経口（ <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 補助食品）				<input type="checkbox"/> 『 』			
（複数選択可） <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養（ <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心）				担当者/職種: _____			
嚥下調整食の必要性： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（学会分類コード： ）				3ヶ月（ ）			
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"/> 『 』			
<input type="checkbox"/> 過栄養 <input type="checkbox"/> その他（ ）				担当者/職種: _____			
【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】				3ヶ月（ ）			
必要栄養量：（ ）kcal, たんぱく質（ ）g				<input type="checkbox"/> 『 』			
総摂取栄養量 <sup>#</sup> ：（経口・経管・静脈全て含む）（ ）kcal, たんぱく質（ ）g				担当者/職種: _____			
<sup>#</sup> 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可				3ヶ月（ ）			
※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。 （右列の『栄養・食事について』の欄にも、担当管理栄養士の氏名とコメントを記入）				<input type="checkbox"/> 『 』			
				担当者/職種: _____			
				3ヶ月（ ）			
<b>環境</b> <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居（ ） 家族の協力体制【あり・困難】				<input type="checkbox"/> 『 』			
<input type="checkbox"/> 一戸建【平屋・2階以上】				担当者/職種: _____			
<input type="checkbox"/> 集合住宅: 階居住, エレベーター【有・無】				3ヶ月（ ）			
<input type="checkbox"/> その他（ ）							
				<b>今後の運動療法継続について</b>			
<b>社会復帰</b> <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 発症後退職 <input type="checkbox"/> 退職予定				<input type="checkbox"/> 当院にて <input type="checkbox"/> 自宅にて <input type="checkbox"/> 他施設にて（ ）			
<input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 転職予定 <input type="checkbox"/> 発症後配置転換 <input type="checkbox"/> 現職復帰				<b>今後の検査・期間等について</b>			
<input type="checkbox"/> ・職腫/業務内容/通勤方法等（ ）				_____			
<b>本人・家族の希望・回復への目標</b>				本人・家族氏名 _____			
				医師: _____ 理学療法士: _____			
				看護師: _____ 他職種（ ）:			
<b>再発予防・健康維持のための目標</b>							
<input type="checkbox"/> 病気への理解 <input type="checkbox"/> 体力向上 <input type="checkbox"/> 食事管理 <input type="checkbox"/> 内服管理							
<input type="checkbox"/> 運動習慣の獲得 <input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 他（ ）							
<b>運動負荷試験結果（運動処方）</b>							
運動耐容能【良好・低下】（健常人の %: METs）							
運動処方（脈拍・血圧）: bpm / mmHg							
自転車 W 分 回/週							
歩行 km/h 分 回/週							
その他注意事項（ ）							