

事業所番号 _____ リハビリテーション実施計画書 ☐入院 ☐外来 ☐訪問 ☐通所 ☐入所 計画作成日：令和 _____ 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になりたい生活の希望等)	■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：自立、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：自立、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	特記事項(改善の見込み含む)
筋力低下	—	—	
麻痺	—	—	
感覚機能障害	—	—	
関節可動域制限	—	—	
摂食嚥下障害	—	—	
失語症・構音障害	—	—	
見当識障害	—	—	
記憶障害	—	—	
高次脳機能障害 (_____)	—	—	
栄養障害	—	—	
褥瘡	—	—	
疼痛	—	—	
精神行動障害(BPSD)	—	—	
<input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> TUG Test			
服薬管理	—		
<input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R			
コミュニケーション の状況			

■活動(基本動作、活動範囲など)			
項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)
寝返り	—	—	
起き上がり	—	—	
座位保持	—	—	
立ち上がり	—	—	
立位保持	—	—	

■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)
食事	—	—	
イスとベッド間の移乗	—	—	
整容	—	—	
トイレ動作	—	—	
入浴	—	—	
平地歩行	—	—	
階段昇降	—	—	
更衣	—	—	
排便コントロール	—	—	
排尿コントロール	—	—	
合計点			

■リハビリテーションの短期目標(今後3ヶ月) (心身機能) (活動) (参加)	■リハビリテーションの長期目標 (心身機能) (活動) (参加)
■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)	■本人・家族への生活指導の内容(自主トレ指導含む)
<div></div>	<div></div>
■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)	
<div></div>	
■リハビリテーションの見通し・継続理由	■リハビリテーションの終了目安 (終了の目安となる時期： _____ ヶ月後)
<div></div>	<div></div>

利用者・ご家族への説明： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

特記事項：