

(別紙様式 20)

平成 年 月 日

主治医氏名	
1. 血漿成分製剤の種類及び輸注量等	
2. 血漿成分製剤輸注の必要性及び輸注を行わない場合の危険性等	
3. 血漿成分製剤の輸注により起こりうる副作用等	
4. 血漿成分製剤の輸注に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
5. その他留意点（副作用・感染症救済制度等）	

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で血漿成分製剤輸注を受けることに同意しました。

(患者氏名) 印

(家族等氏名) 印

(患者との続柄： )

※ 患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

## 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									

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”」								
	自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具・装具	姿勢・実行場所・介助内容等	自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具・装具	姿勢・場所(訓練室・病棟等)・介助内容等
活動	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 <sup>#1</sup> : ( )cm, 体重: ( )kg, BMI <sup>#1</sup> : ( )kg/m <sup>2</sup> #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) 嚥下調整発の必要性: <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 <sup>#2</sup> (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	
-----------------	-------	--	-------	--	--------	--