

退院支援計画書

(患者氏名) 殿

(担当医)

(担当退院支援相談員)

地域移行機能強化病棟への転棟日：平成 年 月 日

退院支援委員会開催日: 平成 年 月 日

患者等への説明日： 平成 年 月 日

計画の変更日: 平成 年 月 日

1	病名	
2	患者以外の相談者	家族・その他関係者()
3	退院についての 患者の意向、希望 (本人の言葉で記述)	
4	退院後の生活の目標	
5	<p>退院支援で留意すべき 主な問題点、課題等</p> <p>退院支援委員会の審議等を踏まえ、退院支援において、特に重点的に解決を図る必要があると考えられるもの(最大3つ)を選択した上で、関連する精神症状の状況等とともに、詳細を記載すること。</p>	<p>【本人の受け入れ】</p> <p><input type="checkbox"/>退院意欲 <input type="checkbox"/>退院そのものへの不安</p> <p>【生活基盤領域】</p> <p><input type="checkbox"/>経済環境 <input type="checkbox"/>住環境</p> <p>【健康領域】</p> <p><input type="checkbox"/>服薬管理 <input type="checkbox"/>食事管理 <input type="checkbox"/>病気の理解(病識) <input type="checkbox"/>身体疾患の管理</p> <p><input type="checkbox"/>体力 <input type="checkbox"/>危機管理</p> <p>【日常生活領域】</p> <p><input type="checkbox"/>食事の準備 <input type="checkbox"/>金銭管理 <input type="checkbox"/>睡眠 <input type="checkbox"/>外出</p> <p>【社会生活技能/社会参加領域】</p> <p><input type="checkbox"/>対人関係 <input type="checkbox"/>日中の過ごし方 <input type="checkbox"/>就学 <input type="checkbox"/>就労</p> <p><input type="checkbox"/>その他社会的活動()</p> <p>【家族支援領域】</p> <p><input type="checkbox"/>家族への情報提供 <input type="checkbox"/>家族の負担軽減 <input type="checkbox"/>家族関係調整</p> <p>【その他】</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>問題点・課題等の詳細</p>
6	<p>その他退院支援で留意すべき 問題点、課題等</p> <p>5以外の問題点、課題等について優先順位をつけて記載すること。</p>	
7	退院予定時期	

8		退院支援内容（スケジュールには時期と担当者を併記すること）	
退院意欲の喚起に関すること		【目標】 【実施内容とスケジュール】	
地域生活を 念頭に置いた プログラムや 訓練の実施に 関すること	院内 プログラム	【目標】 【実施内容】 <input type="checkbox"/> 心理教育 <input type="checkbox"/> 家族心理教育 <input type="checkbox"/> 就労・就学支援 <input type="checkbox"/> 個別認知行動療法 <input type="checkbox"/> 集団認知行動療法 <input type="checkbox"/> デイケア等体験利用 <input type="checkbox"/> その他（ 【今後のスケジュール】	
	院外 プログラム	【目標】 【実施内容】 <input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 公共・金融機関利用 <input type="checkbox"/> 交通機関利用 <input type="checkbox"/> 住居見学 <input type="checkbox"/> 通所施設見学 <input type="checkbox"/> 余暇活動 <input type="checkbox"/> その他（ 【今後のスケジュール】	
退院後の医療の確保に関すること		【退院後の医療サービスに関する課題】 【必要な医療サービス】 <input type="checkbox"/> 外来通院先の確保 <input type="checkbox"/> 身体疾患治療のための通院先の確保 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイ・ケア等 <input type="checkbox"/> その他（ 【必要な支援と今後のスケジュール】	

居住先に関すること(※)	【評価】 自宅 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 同居家族 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その他、居住先に関する課題：	【適切な居住先の種類と必要な支援】
【今後の支援のスケジュール】		
【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】		
収入と金銭管理に関すること(※)	【評価】 障害年金 <input type="checkbox"/> 受給中 生活保護 <input type="checkbox"/> 受給中 その他、退院後の収入と金銭管理に関する課題：	【収入と金銭管理に関する必要な支援】
【今後の支援のスケジュール】		
【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】		
栄養摂取・調理・火の管理に関すること(※)	【栄養摂取等に関する課題と必要な支援】	【今後の支援のスケジュール】
【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】		
障害福祉サービス等の利用に関すること(※)	【評価】 指定特定相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 未定（ 年 月頃までに決定予定） <input type="checkbox"/> 不要 <div style="text-align: right;">担当者： ）</div> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 取得済[級] <input type="checkbox"/> 申請予定（ 年 頃まで） <input type="checkbox"/> 不要 障害支援区分 <input type="checkbox"/> 認定済[区分] <input type="checkbox"/> 申請予定（ 年 頃まで） <input type="checkbox"/> 不要 要介護認定 <input type="checkbox"/> 認定済[] <input type="checkbox"/> 申請予定（ 年 頃まで） <input type="checkbox"/> 不要	【その他の、障害福祉サービス等に関する課題】
	【今後の支援のスケジュール】	
【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】		

	成年後見制度に関すること (※)	【成年後見制度利用に関する課題と必要な支援】 	【今後の支援のスケジュール】
		【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】 	
	退院後、主に相談援助に応じる者に関すること(※)	【現時点で考えられる主たる援助者】 	【今後の支援のスケジュール】
		【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】 	
	日中の活動に関すること(※) (趣味や生きがいを考慮すること)	【日中の活動に関する課題と必要な支援】 	【今後の支援のスケジュール】
		【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】 	
9	その他退院支援に関する 特記事項		

(※) 指定一般相談支援事業者等、外部の支援を活用する場合には、「今後の支援のスケジュール」に外部の支援を活用するスケジュールを記載すること。

(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	第
平成・西暦 年 月 日（ 回目・ ヶ月目）							
診断名：				再発防止に対する理解と支援・指導の必要性			
発症日： (填)・手術日：				『自己検脈』 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 要指導			
治療内容(術式)：				『家庭血圧・体重測定』 <input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 要支援			
合併症：				『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			
冠危険因子(既往)： <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 ²				『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"/> （ ）			
血液検査結果				多職種による再発予防への取り組み			
<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（ ）							
心機能： 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（ ）			
ADL <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（ ）			
栄養* 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"/> 『 』			
<small>（複数選択可）</small> <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 [#] ：（ ）kcal, たんぱく質（ ）g				担当者/職種:			
<small>（経口・経管・静脈全て含む）</small>				3ヶ月（ ）			
<small>[#] 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可</small>							
<small>※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）</small>				<input type="checkbox"/> 『 』			
環境 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居（ ） 家族の協力体制【あり・困難】				担当者/職種:			
<input type="checkbox"/> 一戸建【平屋・2階以上】				3ヶ月（ ）			
<input type="checkbox"/> 集合住宅: 階居住, エレベーター【有・無】							
<input type="checkbox"/> その他（ ）							
社会復帰 <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				今後の運動療法継続について			
<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				<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"/> ・職腫/業務内容/通勤方法等（ ）				今後の検査・期間等について			
本人・家族の希望・回復への目標				本人・家族氏名			
				医師： 理学療法士：			
				看護師： 他職種（ ）：			
再発予防・健康維持のための目標							
<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（ ）							
運動負荷試験結果（運動処方）							
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（ ）							

(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)

■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 ☒ 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"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居()
福祉用具等	<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"/> 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"/> 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:

リハビリテーション総合実施計画書

ID	患者氏名	男・女		
生年月日（明・大・昭・平・西暦）	年	月	日	歳

評価日：平成・西暦	年	月	日（	回目・	ヶ月目）
診断名：					
発症日：(頃)・手術日：					
治療内容(術式)：					
合併症：					
冠危険因子(既往)：□高血圧症 □脂質異常症 □糖尿病 □肥満 □高尿酸血症 □家族歴 □喫煙					
□慢性腎臓病（CKD）□狭心症 □陳旧性心筋梗塞 □他（					
標準体重	kg：	現在の体重	kg：	BMI(18.5～25.9)	kg/m ²
目標血圧	/	mmHg	現在の血圧(又は家庭血圧)	/	mmHg
血液検査結果					
□HbA1c	%	□LDL-C	mg/dl		
□HDL-C	mg/dl	□中性脂肪	mg/dl		
□他（					
心機能	□左室駆出率（EF）【正常・低下】	%			
	□他（				
身体機能：					
□関節可動域制限（部位：） □疼痛（部位：）					
□筋力低下（部位：） □バランス障害（					
□他（					
栄養*					
栄養補給方法： □経口（□食事 □補助食品）					
(複数選択可)					
□経管栄養 □静脈栄養（□末梢 □中心）					
嚥下調整食の必要性： □無 □有（学会分類コード：）					
栄養状態：□問題なし □低栄養 □低栄養リスク □過栄養 □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 [#] ：（）kcal, たんぱく質（）g					
(経口・経管・静脈全て含む)					
# 入院直後等で不明の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（担当者一覧に管理栄養士の氏名も記入）					
運動負荷試験結果（運動処方）					
運動耐容能【良好・低下】（健常人の %： MET s）					
運動処方（脈拍・血圧）： bpm / mmHg					
自転車	W	分	回/週		
歩行	km/h	分	回/週		
他注意事項：					
今後の運動療法継続について					

☐当院にて ☐自宅にて ☐他施設にて（ ）

今後の検査・期間等について

説明日：平成・西暦 年 月 日 本人・家族氏名

医師： 理学療法士：

看護師： 他職種（ ）：

参加 ☐無職 ☐家事 ☐休職中 ☐発症後退職 ☐退職予定

☐転職 ☐転職予定 ☐配置転換 ☐現職復帰

・職種/業務内容/通勤方法等（ ）

・余暇・社会活動等（ ）

具体的目標とそのアプローチ：

活動 ・ADL ☐車椅子【自立・他人操作】 ☐介助歩行 ☐杖歩行 ☐屋内歩行 ☐屋外歩行

☐階段昇降 ☐他（ ）

・入浴 ☐入浴 ☐半身浴 ☐シャワー浴 ☐他（ ）

・コミュニケーション ☐問題なし ☐問題あり（ ）

・他（ ）

具体的目標とそのアプローチ：

環境 ☐独居 ☐同居（ ） 、家族の協力体制【あり・困難】

☐一戸建【平屋・2階以上】 ☐集合住宅： 階居住、エレベーター【あり・なし】

☐その他（ ）

具体的目標とそのアプローチ：自宅改造/福祉機器【要・不要】 介護保険サービス【要・不要】

心理 ・自身の病気に対する不安 ☐なし ☐あり（具体的に： ）

・日常社会活動に対する不安 ☐なし ☐あり（具体的に： ）

・睡眠 ☐良好 ☐不良【入眠障害・中途覚醒・他（ ）

・食欲 ☐良好 ☐減退

具体的目標とそのアプローチ：

第三者の不利（発病による家族の社会生活変化や健康/心理問題の発生）

☐なし ☐あり（具体的に： ）

具体的目標とそのアプローチ：家族の役割/社会活動変化の必要性の有無

再発予防・健康維持・回復のための目標

☐病気の理解 ☐体力向上 ☐食事管理 ☐内服管理 ☐運動習慣の獲得 ☐禁煙 ☐他（ ）

再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

『自己検脈』

☐できる

☐要指導

『家庭血圧・体重測定』

☐実施している

☐要支援

『自分に合った運動』

☐理解している

☐実践している

☐要支援

『適切な食事・摂取量』

☐理解している

☐実践している

☐要支援

『正しい服薬』

☐理解している

☐服薬忘れなし

☐要支援

『薬の管理』

☐自分 ☐家族（ ）

☐要指導

☐要支援

☐他人（ ）

『タバコ』
『症状出現時の対処法』
他『 』

☐禁煙 ☐受動喫煙 ☐喫煙（ 本）☐要支援
☐理解している ☐要指導
☐（ ）☐（ ）☐（ ）

本人・家族の希望

向精神薬多剤投与に係る報告書

直近 3 月に受診した外来患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること。

保険医療機関名			
郵便番号			
住所			
標榜科	精神科 ・ 心療内科 ・ どちらもない		
対象期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日の 3 月間		
「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」の数 (届出時点)	名		

- 1 向精神薬の投与を受けている患者数、その内訳（対象となる患者は直近 3 か月間に受診した外来患者）

※ここでの向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①			
		うち、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者数②	
		うち、抗うつ薬の投与を受けている患者数③	うち、抗精神病薬の投与を受けている患者数④
名	名	名	名

- 2 向精神薬多剤投与を受けている患者数とその内訳（対象となる患者は直近 3 か月間に受診した外来患者）

※ここでの向精神薬多剤投与とは、抗不安薬 3 種類以上、睡眠薬 3 種類以上、抗うつ薬 3 種類以上、抗精神病薬 3 種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬 4 種類以上に該当することをさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①						
		向精神薬多剤投与を受けている患者数⑤				
		うち、抗不安薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑥	うち、睡眠薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑦	うち、抗うつ薬 3 種類以上又は抗精神病薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑧	うち、抗うつ薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑨	うち、抗精神病薬 3 種類以上の投与を受けている患者数⑩
名	名	名	名	名	名	名

$$\textcircled{8} / \textcircled{2} = \text{ } \%$$

※ $\textcircled{8} / \textcircled{2}$ が 10% 未満であるか、又は $\textcircled{8}$ が 20 名未満である場合、「1002」通院・在宅精神療法(17)のアに掲げる要件を満たす。

〔記載上の注意〕

1. 直近3か月とは、届出を行う日の前月から起算して3か月をいう。
2. 患者数は、条件に該当するものを、「F100」処方料（3）（イ）から（ニ）への該当の有無にかかわらず全て、それぞれ実人数で計上すること。例えば、期間中に抗うつ薬及び抗精神病薬の療法の投与を受けた患者がいる場合には、③と④に重複して計上され、③と④の和が②より大きくなる。同様に、期間中に抗うつ薬3種類以上及び抗精神病薬3種類以上の投与を受けた患者がいる場合には、⑨と⑩に重複して計上され、⑨と⑩の和が⑧より大きくなる。
3. 「1」と「2」の①にはそれぞれ同じ数字を記入すること。
4. 平成30年7月以降の報告において、⑤の患者数に、4種類の抗不安薬及び睡眠薬の投与を受けている患者数を含めること。

平成 年 月 日

看護及び栄養管理等に関する情報（１）

患者氏名	
入退院日	入院日： 年 月 日 退院（予定）日： 年 月 日
生活等の状況	(清潔、排泄、睡眠、生活リズム等)
	(服薬等の状況)
	(家族、主な介護者等の状況)
看護に関する情報	(看護上の問題等)
	(看護の内容)
	(ケア時の具体的な方法や留意点、継続すべき看護等)
その他	

(記入者氏名) _____
(照会先) _____

看護及び栄養管理等に関する情報(2)

患 者 氏 名		
入 退 院 日	入院日： 年 月 日	退院(予定)日： 年 月 日

(太枠:必須記入)

栄養管理に関する情報	栄養管理・栄養指導等の経過										
	栄養管理上の注意点と課題										
	評価日	年 月 日			過去(週間)の体重変化		増加 ・ 変化なし ・ 減少: (kg %)				
	身体計測	体重	kg	測定日(/)	BMI	kg/m ²	下腿周囲長	cm・不明	握力	kgf・不明	
	身体所見	食欲低下	無 ・ 有 ・ 不明 ()			消化器症状	無 ・ 有 (嘔気・嘔吐・下痢・便秘) ・ 不明				
		味覚障害	無 ・ 有 ・ 不明 ()			褥 瘡	無 ・ 有 (部位等) ・ 不明				
		浮 腫	無 ・ 有 (胸水・腹水・下肢) ・ 不明			その他					
		嚥下障害	無 ・ 有			特記事項					
		咀嚼障害	無 ・ 有								
	検査・その他	過去1か月以内Alb値 ()g/dL ・ 測定なし			その他						
	1日栄養量	エネルギー			たんぱく質		食 塩	水 分	その他		
	必要栄養量	()kcal/標準体重kg ()kcal/現体重kg			()g/標準体重kg ()g/現体重kg		g	ml			
	摂取栄養量	()kcal/標準体重kg ()kcal/現体重kg			()g/標準体重kg ()g/現体重kg		g	ml			
	栄養補給法	経口 ・ 経腸 (経口 ・ 経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻) ・ 静脈			食事回数:	回/日	朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ その他 ()				
	食種	一般食 ・ 特別食 () ・ その他 ()									
	食事形態	主食種類	朝	米飯・軟飯・全粥・パン・その他 ()				量			g/食
			昼	米飯・軟飯・全粥・パン・その他 ()							g/食
			夕	米飯・軟飯・全粥・パン・その他 ()							g/食
		副食形態	常菜・軟菜・その他 () *)自由記載:例 パースト								
		嚥下調整食	不要 ・ 必要	コード(嚥下調整食の場合は必須) 0j ・ 0t ・ 1j ・ 2-1 ・ 2-2 ・ 3 ・ 4							
とろみ調整食品の使用	無 ・ 有	種 類 (製品名)		使用量(gまたは包)		とろみの濃度 薄い / 中間 / 濃い					
その他影響する問題点	無 ・ 有 ()										
禁止食品	食物アレルギー	無 ・ 有	乳・乳製品 ・ 卵 ・ 小麦 ・ そば ・ 落花生 ・ えび ・ かに ・ 青魚 ・ 大豆 その他・詳細 ()								
	禁 止 食 品 (治療、服薬、宗教上などによる事項)										
退院時栄養設定の詳細	栄養量	補 給 量	エネルギー	たんぱく質 (アミノ酸)	脂質	炭水化物 (糖質)	食塩	水分	その他		
		経口(食事)	kcal	g	g	g	g	ml			
		経 腸	kcal	g	g	g	g	ml			
		静 脈	kcal	g	g	g	g	ml			
		経口飲水						ml			
		合 計	kcal	g	g	g	g	ml			
		(現体重当たり)	kcal/kg	g/kg					ml		
	経腸栄養 詳細	種 類	朝:			昼:			夕:		
		量	朝: ml			昼: ml			夕: ml		
		投与経路	経口 ・ 経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻 ・ その他 ()								
		投与速度	朝: ml/h			昼: ml/h			夕: ml/h		
	静脈栄養 詳細	追加水分	朝: ml			昼: ml			夕: ml		
		種 類 ・ 量									
		投与経路	末梢 ・ 中心静脈								
	備考										

(記入者氏名)

(照会先)

【記入上の注意】

1. 必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。
2. 地域連携診療計画に添付すること。