

## リハビリテーション総合実施計画書

評価実施日: 年 月 日

|                                 |  |  |  |      |         |                     |           |           |
|---------------------------------|--|--|--|------|---------|---------------------|-----------|-----------|
| 氏名:                             |  | 男・女  | 生年月日   | 年    | 月       | 日( 歳)               | 利き手       | 右・右(矯正)・左 |
| 主治医                             |  | リハ担当医  |  |      |         | 看護                  |           | 緩和ケア      |
| PT                              |  | OT   |  |      |         | ST                  |           | SW等       |
| 原発巣(発症・診断確定日):                  |  |  | 病期分類(ステージ):  |      |         | 併存疾患:               |           |           |
| 廃用症候群:                          |  |  | リハビリテーション歴:  |      |         | PS又はKPS:            |           |           |
| 入院の目的と治療内容                      | 入院の目的:   |  | 治療内容:  |      |         |                     | 予定入院期間:   |           |
|                                 | 治療後に生じる可能性のある副作用・合併症:  |  | 治療後に生じる可能性のある身体の障害:  |      |         |                     | 退院後の治療予定: |           |
| 身体症状ととら<br>れている対策               |  | <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 不安・抑鬱 <input type="checkbox"/> その他<br>(とられている対策: ) |  |      |         |                     |           |           |
| 骨<br>転<br>移                     | 骨転移検索の有無   |  | <input type="checkbox"/> 半年以内の骨シンチ <input type="checkbox"/> 単純レントゲン <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI<br>(直近の検索日時: 年 月 日) |      |         |                     |           |           |
|                                 | 骨転移の診断   |  | <input type="checkbox"/> 骨転移なし <input type="checkbox"/> 骨転移あり(部位 )   |      |         |                     |           |           |
|                                 | 病的骨折のリスク   |  | <input type="checkbox"/> 単純レントゲンで溶骨性変化 <input type="checkbox"/> 骨シンチで異常集積<br><input type="checkbox"/> 局所の疼痛                                      |      |         |                     |           |           |
| 評価項目・内容(具体的内容を記載)               |  |  |  |      |         |                     |           |           |
| 心<br>身<br>機<br>能<br>・<br>構<br>造 | <input type="checkbox"/> 意識障害(JCS、GCS)・せん妄:<br><input type="checkbox"/> 運動障害:<br><input type="checkbox"/> 感覚障害:<br><input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害:<br><input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害:<br><input type="checkbox"/> 音声、発話障害:<br><input type="checkbox"/> 関節可動域制限:<br><input type="checkbox"/> 筋力低下:<br><input type="checkbox"/> 疼痛:<br><input type="checkbox"/> その他: |  |  |      |         |                     |           |           |
|                                 | 動基<br>作本   |  |  |      |         |                     |           |           |
|                                 | 座位( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)<br>立ち上がり( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)<br>立位( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)   |  |  |      |         |                     |           |           |
|                                 | 安静度の制限とその理由、活動時のリスク(手術後の合併症、放射線・化学療法中・後の副作用、がんの進行にともなう影響を考慮)   |  |  |      |         |                     |           |           |
| 活<br>動                          | ADL(B. I. に準<br>じる)  |  | 自立   | 一部介助 | 全介<br>助 | 使用用具(杖、装具)・介<br>助内容 |           |           |
|                                 | 食事   | 10   | 5  | 0    |         |                     |           |           |
|                                 | 移乗   | 15   | 10   | 5    | 0       |                     |           |           |
|                                 | 整容   | 5  | 0  | 0    |         |                     |           |           |
|                                 | トイレ動作  | 10   | 5  | 0    |         |                     |           |           |
|                                 | 入浴   | 5  | 0  | 0    |         |                     |           |           |
|                                 | 平地歩行   | 15   | 10   | 5    | 0       |                     |           |           |
|                                 | 階段   | 10   | 5  | 0    |         |                     |           |           |
|                                 | 更衣   | 10   | 5  | 0    |         |                     |           |           |
|                                 | 排便管理   | 10   | 5  | 0    |         |                     |           |           |
|                                 | 排尿管理   | 10   | 5  | 0    |         |                     |           |           |
|                                 | 合計(0~100点)   |  | 点  |      |         |                     |           |           |

| 評価項目・内容(具体的内容を記載) |   | 具体的アプローチ  |
|-------------------|---|---|
| 参加                | 職業 <input type="checkbox"/> あり(仕事内容: )<br><input type="checkbox"/> なし<br>家庭内役割:<br>余暇(趣味など):<br>その他:  |   |
| 栄養※               | 身長 <sup>#1</sup> : ( )cm, 体重: ( )kg<br>BMI <sup>#1</sup> : ( )kg/m <sup>2</sup> #1 身長測定が困難な場合は省略可<br>栄養補給方法(複数選択可):<br><input type="checkbox"/> 経口( <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 補助食品)<br><input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養( <input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心)<br>嚥下調整食の必要性:<br><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(学会分類コード: )<br>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<br><input type="checkbox"/> 過栄養 <input type="checkbox"/> その他( )<br><br>【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】<br>必要栄養量: ( )kcal, たんぱく質( )g<br>総摂取栄養量 <sup>#2</sup> (経口・経管・静脈全て含む):<br>( )kcal, たんぱく質( )g<br>#2 入院直後等で不明の場合は総提供栄養量でも可 |   |
| 心理                | <input type="checkbox"/> 抑うつ気分<br><input type="checkbox"/> 興味・喜びの著しい減退<br><input type="checkbox"/> 食欲の障害<br><input type="checkbox"/> 睡眠の障害<br><input type="checkbox"/> 焦燥又は抑止<br><input type="checkbox"/> 易疲労感又は気力の減退<br><input type="checkbox"/> 無価値感又は自責感<br><input type="checkbox"/> 集中力低下又は決断困難<br><input type="checkbox"/> 希死念慮<br>その他:  |   |
| 環境                | 同居家族:<br>家屋:<br>その他:  | 自宅改造:福祉機器 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要<br>介護保険サービス <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要<br>その他: |
| 2週間後の目標:          |   | 本人の希望:<br><br>家族の希望:  |
| リハビリテーションの治療方針:   |   |   |
| 退院時の目標と見込み時期:     |   |   |

|                            |
|----------------------------|
| 退院後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間): |
|                            |
| 退院後の社会参加の見込み:              |
|                            |

※ 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「栄養」欄も必ず記入のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)

本人・家族への説明                      年    月    日  
説明を受けた人: 本人・家族(            )

署名 \_\_\_\_\_

説明者:                      署名 \_\_\_\_\_