

リハビリテーション実施計画書			
患者氏名	性別 (男・女)	年齢 (歳)	計画評価実施日 (年 月 日)
算定病名	治療内容	発症日・手術日 (年 月 日) リハ開始日 (年 月 日)	
	<input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法		
併存疾患・合併症	安静度・リスク	禁忌・特記事項	

心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載	
<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS・GCS)) <input type="checkbox"/> 呼吸機能障害 <input type="checkbox"/> 酸素療法 () L/min <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 循環障害 <input type="checkbox"/> EF () % <input type="checkbox"/> 不整脈 (有・無) <input type="checkbox"/> 危険因子 <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 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 家族歴 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 陳旧性心筋梗塞 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 摂食嚥下障害 () <input type="checkbox"/> 栄養障害 () <input type="checkbox"/> 排泄機能障害 () <input type="checkbox"/> 褥瘡 () <input type="checkbox"/> 疼痛 () <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 関節可動域制限 () <input type="checkbox"/> 拘縮・変形 () <input type="checkbox"/> 筋力低下 () <input type="checkbox"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> パーキンソニズム) <input type="checkbox"/> 筋緊張異常 () <input type="checkbox"/> 感覚機能障害 (<input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 表在覚 <input type="checkbox"/> 深部覚) <input type="checkbox"/> 音声・発話障害 (<input type="checkbox"/> 構音 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (<input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 遂行) <input type="checkbox"/> 精神行動障害 () <input type="checkbox"/> 見当識障害 () <input type="checkbox"/> 記憶障害 () <input type="checkbox"/> 発達障害 (<input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症 <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 注意欠陥多動性障害)

基本動作				
<input type="checkbox"/> 寝返り (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> 座位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)			
<input type="checkbox"/> 起き上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> 立位保持 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)			
<input type="checkbox"/> 立ち上がり (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施)	<input type="checkbox"/> その他 ()			
日常生活活動 (動作) (実行状況) ※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載				
項目	得点	開始時→現在	使用用具及び 介助内容等	
	FIM	BI		
運動	セルフ ケア	食事	→ 10・5・0 → 10・5・0	
		整容	→ 5・0 → 5・0	
		清拭・入浴	→ 5・0 → 5・0	
		更衣(上半身)	→ 10・5・0 → 10・5・0	
		更衣(下半身)	→ 10・5・0 → 10・5・0	
	排泄	トイレ	→ 10・5・0 → 10・5・0	
		排尿コントロール 排便コントロール	→ 10・5・0 → 10・5・0 → 10・5・0 → 10・5・0	
	移乗	ベッド、椅子、車椅子	→ 15・10 → 15・10	
		トイレ 浴槽・シャワー	→ 5・0 → 5・0 → 5・0 → 5・0	
	移動	歩行 (杖・装具:)	→ 15・10 → 15・10	
		車椅子	→ 5・0 → 5・0	
		階段	→ 10・5・0 → 10・5・0	
小計 (FIM 13-91、BI 0-100)		→	→	
認知	コミュニ ケーション	理解	→	/
		表出	→	
	社会認識	社会的交流	→	
		問題解決 記憶	→ →	
	小計 (FIM 5-35)		→	
合計 (FIM 18-126)		→		

栄養(※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)	
基礎情報	<input type="checkbox"/> 身長(*1): () cm <input type="checkbox"/> 体重: () kg <input type="checkbox"/> BMI(*1): () kg/m ² *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(<input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他)、 <input type="checkbox"/> 静脈(<input type="checkbox"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 中心)
嚥下調整食の必要性:	(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: (学会分類コード))
栄養状態の評価:	① GLIM基準による評価(成人のみ): 判定 <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養(<input type="checkbox"/> 中等度低栄養、 <input type="checkbox"/> 重度低栄養) 該当項目 表現型(<input type="checkbox"/> 体重減少、 <input type="checkbox"/> 低BMI、 <input type="checkbox"/> 筋肉量減少) 病因(<input type="checkbox"/> 食事摂取量減少/消化吸収能低下、 <input type="checkbox"/> 疾病負荷/炎症) ② GLIM基準以外の評価: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 過栄養 <input type="checkbox"/> その他 () 【上記で①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合に記載】
必要栄養量	熱量: () kcal たんぱく質量 () g
総摂取栄養量(経口・経腸・経静脈栄養の合計(*2))	熱量: () kcal たんぱく質量 () g *2:入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

口腔(※回復期リハビリテーション病棟入院料1・2を算定する場合は必ず記入)	
義歯の使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	歯肉の腫れ、出血: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
歯の汚れ(<input type="checkbox"/> あり、 <input type="checkbox"/> なし)	左右両方の奥歯でしっかりと噛みしめられる(<input type="checkbox"/> できない、 <input type="checkbox"/> できる) その他 ()

社会保障サービスの申請状況 ※該当あるもののみ				
<input type="checkbox"/> 要介護状態区分等 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援状態区分(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護状態区分(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級	<input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳 級	<input type="checkbox"/> 療育手帳・愛護手帳	<input type="checkbox"/> その他(難病等)
目標(1ヶ月)	目標(終了時) <input type="checkbox"/> 予定入院期間() <input type="checkbox"/> 退院先() <input type="checkbox"/> 長期的・継続的にケアが必要			
治療方針(リハビリテーション実施方針)	治療内容(リハビリテーション実施内容)			
リハ担当医 _____ 主治医 _____ 理学療法士 _____ 作業療法士 _____ 言語聴覚士 _____ 看護師 _____ 管理栄養士 _____ 社会福祉士 _____ 説明者署名	説明を受けた人: 本人、家族() 説明日: 年 月 日 署名			