

(別紙様式21の6)

## リハビリテーション実施計画書

入院 外来 / 訪問 通所 / 入所

評価日：西暦□□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・家族等の希望（本人のしたい又はできるようになりたい生活の希望、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）：

合併症：

□脳血管疾患 □骨折 □誤嚥性肺炎 □うっ血性心不全 □尿路感染症 □糖尿病 □高血圧症 □骨粗しょう症 □関節リウマチ □がん □うつ病 □認知症 □褥瘡

※上記以外の疾患⇒ □神経疾患 □運動器疾患 □呼吸器疾患 □循環器疾患 □消化器疾患 □腎疾患 □内分泌疾患 □皮膚疾患 □精神疾患 □その他（□□□□□）

コントロール状態：

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 障害高齢者の日常生活自立度：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	あり	あり	
麻痺	あり	あり	
感觉機能障害	あり	あり	
関節可動域制限	あり	あり	
摂食嚥下障害	あり	あり	
失語症・構音障害	あり	あり	
見当識障害	あり	あり	
記憶障害	あり	あり	
高次脳機能障害 ( )	あり	あり	
栄養障害	あり	あり	
疼痛	あり	あり	
精神行動障害（BPSD）	あり	あり	
□6分間歩行試験 □TUG Test			
服薬管理	自立		
□MMSE □HDS- コミュニケーションの状況			

## ■活動（基本動作）

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	自立	自立	
起き上がり	自立	自立	
座位の保持	自立	自立	
立ち上がり	自立	自立	
立位の保持	自立	自立	

## ■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	10(自立)	10(自立)	
イスとベッド間の移乗	15(自立)	15(自立)	
整容	5(自立)	5(自立)	
トイレ動作	10(自立)	10(自立)	
入浴	5(自立)	5(自立)	
平地歩行	15(自立)	15(自立)	
階段昇降	10(自立)	10(自立)	
更衣	10(自立)	10(自立)	
排便コントロール	10(自立)	10(自立)	
排尿コントロール	10(自立)	10(自立)	
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方針（今後3ヶ月間）

## ■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）

## ■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）

利用者・ご家族への説明：西暦□□年□□月□□日

特記事項：