

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"/> 関節可動域制限 ()	<input type="checkbox"/> 拘縮・変形 ()	<input type="checkbox"/> 筋力低下 ()
<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"/> 運動機能障害
<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"/> 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"/> 筋緊張異常 ()
<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"/> 感覚機能障害 (□ 聴覚 □ 視覚 □ 表在覚 □ 深部覚)
<input type="checkbox"/> 褥瘡 ()	<input type="checkbox"/> 疼痛 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 音声・発話障害
<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"/> 拘縮・変形 ()	<input type="checkbox"/> 筋力低下 ()	<input type="checkbox"/> 運動機能障害	(□ 麻痺 □ 不随意運動 □ 運動失調 □ パーキンソンズム)
<input type="checkbox"/> 筋力低下 ()	<input type="checkbox"/> 運動機能障害	(□ 麻痺 □ 不随意運動 □ 運動失調 □ パーキンソンズム)	<input type="checkbox"/> 筋緊張異常 ()
<input type="checkbox"/> 運動機能障害	(□ 麻痺 □ 不随意運動 □ 運動失調 □ パーキンソンズム)	<input type="checkbox"/> 筋緊張異常 ()	<input type="checkbox"/> 感覚機能障害 (□ 聴覚 □ 視覚 □ 表在覚 □ 深部覚)
(□ 麻痺 □ 不随意運動 □ 運動失調 □ パーキンソンズム)	<input type="checkbox"/> 筋緊張異常 ()	<input type="checkbox"/> 感覚機能障害 (□ 聴覚 □ 視覚 □ 表在覚 □ 深部覚)	<input type="checkbox"/> 音声・発話障害
<input type="checkbox"/> 筋緊張異常 ()	<input type="checkbox"/> 感覚機能障害 (□ 聴覚 □ 視覚 □ 表在覚 □ 深部覚)	<input type="checkbox"/> 音声・発話障害	(□ 構音 □ 失語 □ 吃音 □ その他 ())
<input type="checkbox"/> 感覚機能障害 (□ 聴覚 □ 視覚 □ 表在覚 □ 深部覚)	<input type="checkbox"/> 音声・発話障害	(□ 構音 □ 失語 □ 吃音 □ その他 ())	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (□ 記憶 □ 注意 □ 失行 □ 失認 □ 遂行)
<input type="checkbox"/> 音声・発話障害	(□ 構音 □ 失語 □ 吃音 □ その他 ())	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (□ 記憶 □ 注意 □ 失行 □ 失認 □ 遂行)	<input type="checkbox"/> 精神行動障害 ()
(□ 構音 □ 失語 □ 吃音 □ その他 ())	<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (□ 記憶 □ 注意 □ 失行 □ 失認 □ 遂行)	<input type="checkbox"/> 精神行動障害 ()	<input type="checkbox"/> 見当識障害 ()
<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (□ 記憶 □ 注意 □ 失行 □ 失認 □ 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"/> 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"/> 見当識障害 ()	<input type="checkbox"/> 記憶障害 ()	<input type="checkbox"/> 発達障害	(□ 自閉スペクトラム症 □ 学習障害 □ 注意欠陥多動性障害)
<input type="checkbox"/> 記憶障害 ()	<input type="checkbox"/> 発達障害	(□ 自閉スペクトラム症 □ 学習障害 □ 注意欠陥多動性障害)	
<input type="checkbox"/> 発達障害	(□ 自閉スペクトラム症 □ 学習障害 □ 注意欠陥多動性障害)		
(□ 自閉スペクトラム症 □ 学習障害 □ 注意欠陥多動性障害)			

基本動作										
□ 寝返り		(□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施)		□ 座位保持		(□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施)				
□ 起き上がり		(□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施)		□ 立位保持		(□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施)				
□ 立ち上がり		(□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施)		□ 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	→	10・5・0	→	10・5・0				
		排便コントロール	→	10・5・0	→	10・5・0				
	移乗	ベッド、椅子、車椅子	→	15・10 ・5・0	→	15・10 ・5・0				
		トイレ	→							
		浴槽・シャワー	→							
	移動	歩行 (杖・装具:)	→	15・10 ・5・0	→	15・10 ・5・0				
		車椅子	→							
		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)		→								

<p>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)</p> <p>基礎情報 <input type="checkbox"/> 身長(*1): ()cm <input type="checkbox"/> 体重: ()kg <input type="checkbox"/> BMI(*1): ()kg/m² *1:身長測定が困難な場合は省略可</p> <p>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)</p> <p>嚥下調整食の必要性: (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:(学会分類コード))</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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 ()</p> <p>【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】</p> <p>必要栄養量 熱量: ()kcal たんぱく質量 ()g</p> <p>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摂取栄養量でも可</p>			
--	--	--	--

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かみしめられる(<input type="checkbox"/> できない、 <input type="checkbox"/> できる) その他 ()

社会保険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(□ 1 □ 2) <input type="checkbox"/> 要介護状態区分(□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5)		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <div style="text-align: center;">種 級</div>		<input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳 <div style="text-align: center;">級 障害程度</div>	
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 _____			