

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日 年 月 日

患者氏名	男・女		生年月日(明・大・昭・平・令) 年 月 日(歳)		利き手	右・右(矯正)・左										
主治医	リハ担当医	PT	OT	ST	看護	SW等										
原因疾患(発症・受傷日)		合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 糖尿病等)		廃用症候群 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 起立性低血圧 <input type="checkbox"/> 静脈血栓		リハビリテーション歴										
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												
評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)																
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9:) <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 知的障害: <input type="checkbox"/> 精神障害: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左下肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT:) <input type="checkbox"/> 不随意運動・協調運動障害:			<input type="checkbox"/> 知覚障害(<input type="checkbox"/> 視覚, <input type="checkbox"/> 表在覚, <input type="checkbox"/> 深部覚, <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(<input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症)(種類:) <input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 呼吸・循環機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 疼痛:												
	基本動作 <input type="checkbox"/> 立位保持(装具:) <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 平行棒内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 訓練室内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 全介助															
活動	自立度 ADL・ASL等		日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」			訓練時能力:「できる“活動”」										
			自	監	一	全	非	独	監	一	全	非				
			立	視	助	助	施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容 等	立	視	助	助	施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容 等
	屋外歩行							杖・装具:						杖・装具:		
	階段昇降							杖・装具:						杖・装具:		
	廊下歩行							杖・装具:						杖・装具:		
	病棟トイレへの歩行							杖・装具:						杖・装具:		
	病棟トイレへの車椅子駆動(昼)							装具:						装具:		
	車椅子・ベットの間移乗							装具:						装具:		
	椅子座位保持							装具:						装具:		
ベッド起き上がり																
食事							用具:						用具:			
排尿(昼)							便器:						便器:			
排尿(夜)							便器:						便器:			
整容							移動方法・姿勢:						移動方法・姿勢:			
更衣							姿勢:						姿勢:			
装具・靴の着脱							姿勢:						姿勢:			
入浴							浴槽:						浴槽:			
コミュニケーション																
活動度		日中臥床: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(時間帯:)			理由											
		日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれなし), <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれあり), <input type="checkbox"/> 椅子(背もたれ, 肘うけあり), <input type="checkbox"/> 車椅子, <input type="checkbox"/> ベッド上, <input type="checkbox"/> キャッチアップ														
栄養※	身長 ^{#1} : ()cm, 体重: ()kg, 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"/> 経管栄養, <input type="checkbox"/> 静脈栄養(<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: <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"/> 過栄養, <input type="checkbox"/> 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 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal, たんぱく質()g #2 入院直後等で不明の場合は総提供栄養量でも可															
参加	職業 (<input type="checkbox"/> 無職, <input type="checkbox"/> 病欠中, <input type="checkbox"/> 休職中, <input type="checkbox"/> 発症後退職, <input type="checkbox"/> 退職予定) (職種・業種・仕事内容:)			社会参加(内容・頻度等)												
	経済状況()			余暇活動(内容・頻度等)												
心理	障害の受容(<input type="checkbox"/> ショック期, <input type="checkbox"/> 否認期, <input type="checkbox"/> 怒り・恨み期, <input type="checkbox"/> 悲観・抑うつ期, <input type="checkbox"/> 解決への努力期, <input type="checkbox"/> 受容期) 機能障害改善への固執(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い)			依存欲求(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い) 独立欲求(<input type="checkbox"/> 強い, <input type="checkbox"/> 中程度, <input type="checkbox"/> 普通, <input type="checkbox"/> 弱い)												
環境	同居家族: 親族関係:			家屋: 家屋周囲: 交通手段:												
第 三 利 者 の	発病による家族の変化 <input type="checkbox"/> 社会生活: <input type="checkbox"/> 健康上の問題の発生: <input type="checkbox"/> 心理的問題の発生:															

※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(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)

