

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"/> 運動機能障害 <input type="checkbox"/> (□ 麻痺   □ 不随意運動   □ 運動失調   □ 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 (□ 聴覚   □ 視覚   □ 表在覚   □ 深部覚)
<input type="checkbox"/> 循環障害 <input type="checkbox"/> EF ( ) % <input type="checkbox"/> 不整脈 (有 ・ 無 )	<input type="checkbox"/> 音声・発話障害 <input type="checkbox"/> (□ 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 <input type="checkbox"/> (□ 構音   □ 失語   □ 吃音   □ その他 ( ) )
<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"/> 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"/> 摂食嚥下障害 ( )	<input type="checkbox"/> 記憶障害 ( )	<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   □ 学習障害   □ 注意欠陥多動性障害)
<input type="checkbox"/> 栄養障害 ( )	<input type="checkbox"/> 精神行動障害 ( )	<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   □ 学習障害   □ 注意欠陥多動性障害)
<input type="checkbox"/> 排泄機能障害 ( )	<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   □ 学習障害   □ 注意欠陥多動性障害)
<input type="checkbox"/> 褥瘡 ( )	<input type="checkbox"/> 記憶障害 ( )	<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   □ 学習障害   □ 注意欠陥多動性障害)
<input type="checkbox"/> 疼痛 ( )	<input type="checkbox"/> 記憶障害 ( )	<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   □ 学習障害   □ 注意欠陥多動性障害)
<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 記憶障害 ( )	<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   □ 学習障害   □ 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) (実行情況) ※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載				使用用具及び 介助内容等			
項目		得点		開始時→現在			
		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)	→				
		トイレ	→	10・5・0	→	10・5・0	
	排泄	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					→
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 ☐身長(\*1): ( )cm ☐体重: ( )kg ☐BMI(\*1): ( )kg/m<sup>2</sup> \*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) ☐経口 ☐食事 ☐補助食品、 ☐経管(☐経鼻胃管 ☐胃瘻 ☐その他)、 ☐静脈(☐末梢 ☐中心)

嚥下調整食の必要性: (☐無 ☐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 ☐低栄養非該当 ☐低栄養(☐中等度低栄養、 ☐重度低栄養)  
該当項目 表現型(☐体重減少、 ☐低BMI、 ☐筋肉量減少) 病因(☐食事摂取量減少/消化吸収能低下、 ☐疾病負荷/炎症)

② GLIM基準以外の評価:☐問題なし ☐過栄養 ☐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給提供栄養量でも可

義歯の使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 歯の汚れ( <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 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( <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		<input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳		<input type="checkbox"/> 療育手帳・愛護手帳		<input type="checkbox"/> その他(難病等)		
			種		級		障害程度				
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						