

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"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 不随意運動 <input type="checkbox"/> 運動失調 <input type="checkbox"/> パーキンソンズム) <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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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		
		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	→			
	移動	浴槽・シャワー	→	15・10 ・5・0	→ 15・10 ・5・0	
		歩行 (杖・装具:)	→			
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	→			
	社会的交流	→				
	社会認識	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 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 _____				

目標 ※該当する項目のみ記載する		具体的な対応方針 ※必要な場合記載する
参加	<input type="checkbox"/> 居住場所 <input type="checkbox"/> 自宅(<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> マンション) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 復職 <input type="checkbox"/> 現職復帰 <input type="checkbox"/> 配置転換 <input type="checkbox"/> 転職 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 通勤方法の変更 <input type="checkbox"/> 就学・復学・進学 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 就学に要配慮 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 療育・通学先 () <input type="checkbox"/> 通学方法の変更 () <input type="checkbox"/> 家庭内役割 () <input type="checkbox"/> 社会活動 () <input type="checkbox"/> 趣味 ()	
活動	<input type="checkbox"/> 床上移動(寝返り、ずり這い移動、四つ這い移動など) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 装具・杖等 <input type="checkbox"/> 環境設定 <input type="checkbox"/> 屋内移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 装具・杖・車椅子等() <input type="checkbox"/> 屋外移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 装具・杖・車椅子等() <input type="checkbox"/> 自動車運転 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 改造() <input type="checkbox"/> 公共交通機関利用 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 種類() <input type="checkbox"/> 排泄(移乗以外) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(<input type="checkbox"/> 下衣操作 <input type="checkbox"/> 拭き動作 <input type="checkbox"/> カテーテル) <input type="checkbox"/> 種類(<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> フォーク等 <input type="checkbox"/> 胃ろうまたは経管 <input type="checkbox"/> 食形態() <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 洗体介助 <input type="checkbox"/> 移乗介助 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 全て実施 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 一部実施: () <input type="checkbox"/> 書字 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 利き手交換後自立 <input type="checkbox"/> その他: () <input type="checkbox"/> PC・スマートフォン・ICT <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> コミュニケーション <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> コミュニケーション機器 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 他者からの協力	
対応を要する項目		具体的な対応方針
心理	<input type="checkbox"/> 精神的支援 () <input type="checkbox"/> 障害の受容 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
環境	<input type="checkbox"/> 自宅の改築等 () <input type="checkbox"/> 福祉機器の導入 () <input type="checkbox"/> 社会保障サービス <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 難病・小慢受給者証 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス等 <input type="checkbox"/> 放課後デイ <input type="checkbox"/> 児童発達支援(医療・福祉) <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他 ()	
第三者の不利	<input type="checkbox"/> 退院後の主介護者 () <input type="checkbox"/> 家族構成の変化 () <input type="checkbox"/> 家庭内役割の変化 () <input type="checkbox"/> 家族の社会活動変化 ()	