

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"/> 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"/> 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 )			

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/m<sup>2</sup> *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  種                  級		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳  級	
		<input type="checkbox"/> 療育手帳・愛護手帳  障害程度		<input type="checkbox"/> その他(難病等)	
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		