

リハビリテーション実施計画書						
患者氏名 算定病名	性別 (男・女)	年齢 (歳)	計画評価実施日 (年月日)			
併存疾患・合併症	治療内容		発症日・手術日 (年月日)			
	□ 理学療法 □ 作業療法 □ 言語療法 安静度・リスク		リハ開始日 (年月日)			
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"/> 狹心症 <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"/> 禽瘡 ( ) <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 (口 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 (口 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 (口 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 (口 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 (口 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 (口 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 (口 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 (口 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 (口 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 (口 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	使用用具及び 介助内容等			
	FIM	BI				
運動	セルフケア	食事 → 整容 → 清拭・入浴 → 更衣(上半身) → 更衣(下半身) → トイレ →	10・5・0 → 10・5・0 5・0 → 5・0 5・0 → 5・0 10・5・0 → 10・5・0 10・5・0 → 10・5・0			
	排泄	排尿コントロール → 排便コントロール →	10・5・0 → 10・5・0 10・5・0 → 10・5・0			
	移乗	ベッド、椅子、車椅子 → トイレ → 浴槽・シャワー →	15・10 ・5・0 → 15・10 ・5・0 → 15・10			
		歩行 (杖・装具: )	15・10 ・5・0 → 15・10 ・5・0 → 15・10			
	移動	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)	→			
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 <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) <input type="checkbox"/> 経口(口 食事 <input type="checkbox"/> 補助食品), <input type="checkbox"/> 経管(口 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他), <input type="checkbox"/> 静脈(口 末梢 <input type="checkbox"/> 中心) 嘔下調整食の必要性: (口 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(口 中等度低栄養、口 重度低栄養) 該当項目 表現型(口 体重減少、口 低BMI、口 筋肉量減少) 病因(口 食事摂取量減少/消化吸收能低下、口 疾病負荷/炎症) ② GLIM基準以外の評価: 口 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(口あり、口なし) 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる(口できない、口できる) 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(口 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護状態区分(口 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 級		<input type="checkbox"/> 精神障害者 保健福祉手帳 級 障害程度		
目標(1ヶ月)		目標(終了時)		<input type="checkbox"/> 予定期間( ) <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 理学療法士 言語聴覚士 管理栄養士		主治医 作業療法士 看護師 社会福祉士		説明を受けた人: 本人、家族( ) 説明日: 年 月 日 署名		
説明者署名						

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、すり這い移動、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 ( )	