

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 )
算定病名		治療内容	計画評価実施日 ( 年 月 日 )
		<input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語療法 <input type="checkbox"/> 安静度・リスク	発症日・手術日 ( 年 月 日 ) リハ開始日 ( 年 月 日 )
併存疾患・合併症			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 ) <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"/> 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)	→	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
	移乗	排便コントロール	→	10・5・0 → 10・5・0
		ベッド、椅子、車椅子	→	15・10 → 15・10
	移動	トイレ	→	5・0 → 5・0
		浴槽・シャワー	→	
		歩行 (杖・装具: )	→	15・10 → 15・10
認知	車椅子	→	5・0 → 5・0	
	階段	→	10・5・0 → 10・5・0	
	小計 (FIM 13-91、BI 0-100)	→	→	
	コミュニケーション	理解	→	/
		表出	→	
社会的交流		→		
問題解決		→		
社会認識	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> <input type="checkbox"/> 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 ) <input type="checkbox"/> 胃ろう 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: <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 ( ) 【上記で「問題なし」以外に該当した場合に記載】 必要栄養量   熱量: ( ) kcal   タンパク質量 ( ) g 総摂取栄養量(経口・経腸・経静脈栄養の合計(*2))   熱量: ( ) kcal   タンパク質量 ( ) g *1: 身長測定が困難な場合は省略可   *2: 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

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 級                      級	<input type="checkbox"/> 療育手帳・愛護手帳 <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 _____			

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 ( )	