

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) 発症日・手術日 (年月日) リハ開始日 (年月日)		
併存疾患・合併症	治療内容 □ 理学療法 □ 作業療法 □ 言語療法 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"/> 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"/> 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 (口 麻痺 □ 不随意運動 □ 運動失調 □ 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 □ 視覚 □ 表在覚 □ 深部覚) <input type="checkbox"/> 音声・発話障害 (口 構音 □ 失語 □ 吃音 □ その他 ()) <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 (口 記憶 □ 注意 □ 行走 □ 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 (口 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 (□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施) <input type="checkbox"/> 起き上がり (□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施) <input type="checkbox"/> 立ち上がり (□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施)			<input type="checkbox"/> 座位保持 (□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 非実施) <input type="checkbox"/> 立位保持 (□ 自立 □ 一部介助 □ 介助 □ 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 →	10・5・0 →	10・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	
	移乗	排便コントロール →	10・5・0 →	10・5・0	
	移動	ヘッド、椅子、車椅子 →	15・10 ・5・0 →	15・10	
	トイレ →	15・10			
	浴槽・シャワー →	・5・0 →		・5・0	
歩行 (杖・装具:)		→	15・10 ・5・0 →	15・10 ・5・0	
車椅子		→	10・5・0 →	10・5・0	
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 →			
	表現	→			
	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 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(□ 食事 □ 補助食品), <input type="checkbox"/> 経管(□ 経鼻胃管 □ 胃瘻 □ その他), <input type="checkbox"/> 静脈(□ 末梢 □ 中心) 嘔下調整食の必要性: (□ 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 <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養(□ 中等度低栄養、□ 重度低栄養) 評価: ② GLIM基準以外の評価: □ 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 虫歯の腫れ、出血: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 歯の汚れ(□ あり、□ なし) 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる(□ できない、□ 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(□ 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 級		<input type="checkbox"/> その他(難病等) <input type="checkbox"/> 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					