

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女	年生 (歳)	計画評価実施日	年	月	日
リハ担当医	PT	OT	ST			
原因疾患(発症・受傷日)		合併疾患・コントロール状態(高血圧, 心疾患, 糖尿病等)				

評価項目・内容(コロン(:)の後に具体的内容を記入)

心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害:(3-3-9:) <input type="checkbox"/> 認知症: <input type="checkbox"/> 中枢性麻痺 (ステージ・グレード)右上肢: 右手指: 右下肢: 左上肢: 左手指: 左下肢: <input type="checkbox"/> 筋力低下(部位, MMT:)	<input type="checkbox"/> 失行・失認: <input type="checkbox"/> 音声・発話障害(<input type="checkbox"/> 構音障害, <input type="checkbox"/> 失語症:種類) <input type="checkbox"/> 摂食機能障害: <input type="checkbox"/> 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 起立性低血圧:
	基本動作 立位保持(装具:) <input type="checkbox"/> 手放し, <input type="checkbox"/> つかまり, <input type="checkbox"/> 不可 平行棒内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施 訓練室内歩行(装具:) <input type="checkbox"/> 独立, <input type="checkbox"/> 一部介助, <input type="checkbox"/> 非実施	

自立度 ADL・ASL等	日常生活(病棟)実行状況:「している“活動”」					訓練時能力:「できる“活動”」						
	自 立	監 視	一 部 介 助	全 介 助	非 実 施	独 立	監 視	一 部 介 助	全 介 助	非 実 施	使用用具 杖・装具	姿勢・ 場所(訓練室・病棟等) 介助内容等
屋外歩行												
病棟トイレへの歩行												
病棟トイレへの車椅子駆動												
車椅子・ベッド間移乗												
椅子座位保持												
ベッド起き上がり												
排尿(昼)												
排尿(夜)												
食事												
整容												
更衣												
装具・靴の着脱												
入浴												
コミュニケーション												

活動度 日中臥床: 無, 有(時間帯:) 理由)
 日中座位: 椅子, 車椅子, ベッド上, ギャッチアップ

参加	職業 (含:主婦・学生) (職種・業種・仕事内容:)	社会参加(内容・頻度等, 発症前状況を含む。)
----	-----------------------------	-------------------------

目標	本人の希望
	家族の希望
方針	リハビリテーション終了の目安・時期

本人・家族への説明	年	月	日	本人サイン	家族サイン	説明者サイン
-----------	---	---	---	-------	-------	--------