

リハビリテーション総合実施計画書

ID _____ 患者氏名 _____ 男・女 _____
生年月日 (明・大・昭・平・西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

評価日：平成・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 回目・ _____ ヶ月目)

診断名： _____

発症日： _____ (頃)・手術日： _____

治療内容(術式)： _____

合併症： _____

冠危険因子(既往)： 高血圧症 脂質異常症 糖尿病 肥満 高尿酸血症 家族歴 喫煙
 慢性腎臓病 (CKD) 狭心症 陳旧性心筋梗塞 他 (_____)

標準体重 _____ kg： 現在の体重 _____ kg： BMI(18.5~25.9) _____ kg/m²
目標血圧 _____ / _____ mmHg 現在の血圧(又は家庭血圧) _____ / _____ mmHg

血液検査結果

HbA1c _____ % LDL-C _____ mg/dl
 HDL-C _____ mg/dl 中性脂肪 _____ mg/dl
 他 (_____)

心機能 左室駆出率 (EF) 【正常・低下】 _____ %
 他 (_____)

身体機能：

関節可動域制限 (部位： _____) 疼痛 (部位： _____)
 筋力低下 (部位： _____) バランス障害 (_____)
 他 (_____)

運動負荷試験結果 (運動処方)

運動耐容能【良好・低下】 (健常人の _____ %： _____ METs)
運動処方 (脈拍・血圧)： _____ bpm / _____ mmHg
自転車 _____ W _____ 分 _____ 回/週
歩行 _____ km/h _____ 分 _____ 回/週

他注意事項： _____

今後の運動療法継続について

当院にて 自宅にて 他施設にて (_____)

今後の検査・期間等について

説明日：平成・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 本人・家族氏名 _____

医師： _____ 理学療法士： _____

看護師： _____ 他職種 (_____)： _____

参加 無職 家事 休職中 発症後退職 退職予定
転職 転職予定 配置転換 現職復帰

- ・職種/業務内容/通勤方法等 ()
- ・余暇・社会活動等 ()

具体的目標とそのアプローチ:

活動 ・ADL 車椅子【自立・他人操作】 介助歩行 杖歩行 屋内歩行 屋外歩行
階段昇降 他 ()
・入浴 入浴 半身浴 シャワー浴 他 ()
・コミュニケーション 問題なし 問題あり ()
・他 ()

具体的目標とそのアプローチ:

環境 独居 同居 ()、家族の協力体制【あり・困難】
一戸建【平屋・2階以上】 集合住宅: 階居住、エレベーター【あり・なし】
その他 ()

具体的目標とそのアプローチ: 自宅改造/福祉機器【要・不要】 介護保険サービス【要・不要】

心理 ・自身の病気に対する不安 なし あり (具体的に:)
・日常社会活動に対する不安 なし あり (具体的に:)
・睡眠 良好 不良【入眠障害・中途覚醒・他 ()・食欲 良好 減退

具体的目標とそのアプローチ:

第三者の不利 (発病による家族の社会生活変化や健康/心理问题の発生)

なし あり (具体的に:)

具体的目標とそのアプローチ: 家族の役割/社会活動変化の必要性の有無

再発予防・健康維持・回復のための目標

病気の理解 体力向上 食事管理 内服管理 運動習慣の獲得 禁煙 他 ()

再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

『自己検脈』	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 要指導
『家庭血圧・体重測定』	<input type="checkbox"/> 実施している	<input type="checkbox"/> 要支援
『自分に合った運動』	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 実践している <input type="checkbox"/> 要支援
『適切な食事・摂取量』	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 実践している <input type="checkbox"/> 要支援
『正しい服薬』	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 服薬忘れなし <input type="checkbox"/> 要支援
『薬の管理』	<input type="checkbox"/> 自分 <input type="checkbox"/> 家族 ()	<input type="checkbox"/> 他人 ()
『タバコ』	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 受動喫煙 <input type="checkbox"/> 喫煙 ()	本) <input type="checkbox"/> 要支援
『症状出現時の対処法』	<input type="checkbox"/> 理解している	<input type="checkbox"/> 要指導
他『 』	<input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()	

本人・家族の希望