

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 立視	一部 介助	全 介助	非 実施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 等	使用用具 杖・装具	姿勢・ 場所(訓練室・病棟等) 介助内容等	
活動	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: <input type="checkbox"/> 無, <input type="checkbox"/> 有(時間帯:) 理由) 日中座位: <input type="checkbox"/> 椅子, <input type="checkbox"/> 車椅子, <input type="checkbox"/> ベッド上, <input type="checkbox"/> キヤッチアップ										
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。)						
栄養※	身長 ^{#1} : ()cm, 体重:()kg, 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(<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)					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: <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() 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ()kcal, たんぱく質()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal, たんぱく質()g #2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可				
	※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のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)									
目標	本人の希望									
方針	家族の希望									
	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				