

リハビリテーション実施計画書

患者氏名: 男・女		生年月日(西暦) 年 月 日			計画評価実施日 年 月 日	
主治医	リハ担当医	PT	OT	ST		
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日):		合併症(コントロール状態):			発症前の活動、社会参加:	
日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2		認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M				

※回復期リハビリテーション病棟入院料<sup>1</sup>を算定する場合は、管理栄養士の氏名を上表に記入の上、下表の「栄養」欄も必ず記入のこと。

評価項目・内容 (コロン()の後ろに具体的内容を記入)

心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 意識障害 (JCS、GCS): <input type="checkbox"/> 運動障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 摂食障害: <input type="checkbox"/> 排泄障害: <input type="checkbox"/> 呼吸、循環障害:		<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"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> その他:	
	基本動作	寝返り ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 起き上がり ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 座位 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 立ち上がり ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ): 立位 ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ):		

活動	活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)						
	ADL (B. I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	使用用具(杖、装具)	介助内容
	食事	10	5	0			
	移乗	15	10 ←監視下				
	座れるが移れない→		5	0			
	整容	5	0	0			
	トイレ動作	10	5	0			
	入浴	5	0	0			
	平地歩行	15	10←歩行器等		歩行:		
	車椅子操作が可能 →	5	0		車椅子:		
	階段	10	5	0			
	更衣	10	5	0			
	排便管理	10	5	0			
排尿管理	10	5	0				
合計(0~100点)	点						
コミュニケーション							

栄養	身長 <sup>#1</sup> : ( )cm, 体重: ( )kg, BMI <sup>#1</sup> : ( )kg/m <sup>2</sup> #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 <sup>#2</sup> (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	

目標 (1ヶ月後、退院時):	本人・家族の希望:
リハビリテーションの治療方針:	
目標到達予想時期:	説明者署名:
本人・家族への説明: 年 月 日	説明を受けた人:本人、家族( ) 署名: