

# リハビリテーション実施計画書(1)

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名: 性別: 男・女 生年月日 年 月 日( 歳) 要介護度:

健康状態(原因疾患, 発症・受傷日等)	合併疾患・コントロール状態 (高血圧, 心疾患, 呼吸器疾患, 糖尿病等)	心身機能 <input type="checkbox"/> 運動機能障害: <input type="checkbox"/> 感覚機能障害: <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: <input type="checkbox"/> 拘縮:(部位) <input type="checkbox"/> 関節痛:(部位) <input type="checkbox"/> その他( )
参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入)		<input type="checkbox"/> 認知症に関する評価
退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定		
家庭内役割(家事への参加, 等):		
社会活動: 外出(内容・頻度等): 余暇活動(内容・頻度等): 退院後利用資源:		

自立・介護 状況 項目	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ					
	自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助内容 つたいもたれ等	到達 時期	重 点 項 目	PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等	その他の従事者が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・社会活動												
	トイレへの移動											
	階段昇降											
	屋内移動											
	屋外移動											
	食事											
	排泄(昼)											
	排泄(夜)											
	整容											
	更衣											
	入浴											
	コミュニケーション											
	家事											
	外出											

自立・介護 状況 項目	現在の評価及び目標						具体的なアプローチ					
	自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助内容 つたいもたれ等	到達 時期	重 点 項 目	PT, OT, STが 実施する 内容・頻度等	その他の従事者が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り											
	起き上がり											
	座位											
	立ち上がり											
	立位											
摂食・嚥下												

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例: (A) 目標 (B) 実行状況 (C) 能力

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( )
	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: )
	【「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

※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(リハビリテーション実施計画書(2)の担当者一覧に管理栄養士の氏名も記載)

## リハビリテーション実施計画書(2)

ご本人の希望 ( 年 月 日)
-----------------

ご家族の希望 ( 年 月 日)
-----------------

生活目標	その人らしく生活するためのポイント
------	-------------------

リハビリテーションプログラム	ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい、楽しみの支援に向けての取り組み
----------------	-------------------------------------

ご本人に行ってもらいたいこと
----------------

ご家族にお願いしたいこと
--------------

病気との関係で気をつけること
----------------

前回計画書作成時からの改善・変化等( 月 日)
-------------------------

備考
----

担当チーム	担当医: _____
	●PT・OT・ST: _____ ( )、_____ ( )、_____ ( )、_____ ( ) _____
	●看護・介護: _____ ( )、_____ ( )、_____ ( )、_____ ( ) _____
	● _____ ( )、_____ ( )、_____ ( )、_____ ( ) _____ ( )内は職種を記入

ご本人・ご家族への説明と同意: 年 月 日

ご本人サイン: \_\_\_\_\_ ご家族サイン: \_\_\_\_\_ 説明者サイン: \_\_\_\_\_

注: 本計画書に記載されている情報は、適切な医療・介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。