

リハビリテーション実施計画書

ID 患者氏名 男・女 生年月日(明・大・昭・平・西暦) 年 月 日

平成・西暦 年 月 日 (回目・ ヶ月日)

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 □喫煙
□肥満 □高尿酸血症 □慢性腎臓病(CKD) □家族歴 □狭心症
□陳旧性心筋梗塞 □他()

標準体重 kg: 目標血圧 / mmHg
現在の体重 kg: BMI (18.5~24.9) kg/m²
現在の血圧(又は家庭血圧) / mmHg

血液検査結果

□HbA1c (6.5% 未満) %
□LDLコレステロール (100mg/dl 未満) mg/dl
□HDLコレステロール (40mg/dl 以上) mg/dl
□中性脂肪 (TG: 150mg/dl 以下) mg/dl
□BNP pg/ml
□他()

心機能: 左室駆出率(EF) 【正常・低下】 %
他所見()

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 □他()

栄養* 栄養補給方法: □経口(□食事 □補助食品)
(複数選択可) □経管栄養 □静脈栄養(□末梢 □中心)
嚥下調整食の必要性: □無 □有(学会分類コード:)
栄養状態: □問題なし □低栄養 □低栄養リスク
□過栄養 □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#: () kcal, たんぱく質() g
(経口・経管・静脈全て含む)
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。
(右列の『栄養・食事について』の欄にも、担当管理栄養士の氏名とコメントを記入)

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【有・無】
□その他()

社会復帰 □無職 □家事 □休職中 □発症後退職 □退職予定
□転職 □転職予定 □発症後配置転換 □現職復帰
・職種/業務内容/通勤方法等 ()

本人・家族の希望・回復への目標

再発予防・健康維持のための目標
□病気への理解 □体力向上 □食事管理 □内服管理
□運動習慣の獲得 □禁煙 □他()

運動負荷試験結果(運動処方) / mmHg
運動耐容能【良好・+】 W 分 回/週
運動処方(脈拍) km/h 分 回/週
自転車
歩行
その他注意事項()

再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

『自己検脈』 □できる □要指導
『家庭血圧・体重測定』 □実施している □要支援
『自分に合った運動』 □理解している □実践している □要支援
『適切な食事・摂取量』 □理解している □実践している □要支援
『正しい服薬』 □理解している □服薬忘れなし □要支援
『薬の管理』 □自分 □家族() □他人()
『自身の病気』 □不安がない □不安がある
『日常生活活動・復職』 □不安がない □不安がある
『余暇・社会活動』 □理解している □実践している □要支援
『睡眠』 □良好 □不良【入眠障害・中途覚醒・他】
『タバコ』 □禁煙 □受動喫煙 □喫煙(本) □要支援
『症状出現時の対処法』 □理解している □要指導
『 () □ () □ ()
『 () □ () □ ()
』 □ () □ ()
』 □ () □ ()
』 □ () □ ()

多職種による再発予防への取り組み

(支援・指導が必要な項目にチェックをつける)
□『運動・日常生活動作について』
担当者/職種:
□呼吸訓練 □ストレッチ □筋力増強 □ADL訓練 □歩行
□自転車 □他()

□『栄養・食事について』
担当者/職種:
』 □ () □ () □ ()

□『お薬について』
担当者/職種:
』 □ () □ () □ ()

□『
担当者/職種:
』 □ () □ () □ ()

□『
担当者/職種:
』 □ () □ () □ ()

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

本人・家族氏名
医師: 理学療法士:
看護師: 他職種():